



Universidade Nova de Lisboa – Escola Nacional de Saúde Pública

Internamentos por Causas Sensíveis a Cuidados de Ambulatório em contexto de integração vertical.

Candidato: João Carlos Cordeiro Sarmento.

VI Curso de Mestrado em Gestão da Saúde

Orientador: Professor Doutor Rui Santana.

20 de Julho de 2012

A Escola Nacional de Saúde Pública não se responsabiliza pelas opiniões expressas nesta publicação, as quais são da exclusiva responsabilidade do seu autor.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Rui Santana, pela orientação, pedagogia e entusiasmo.

À Teresa Madeira, por ser sistemática e exaustiva, enquanto investigadora. Paciente mas exigente, enquanto companheira de caminho. E acima de tudo... por me ensinar os meandros do PASW.

À Fátima Cordeiro e Carlos Sarmiento, pelo apoio incondicional da família.

À Dr.^a Conceição Félix Machado, pelo incentivo e compreensão.

Ao Dr. Adalberto Campos Fernandes, Dr. Alexandre Lourenço, Dr. António Barros e Dr. João Varandas, pelos primeiros passos dados em comum.

RESUMO

Introdução: A criação das Unidades Locais de Saúde (ULS) em Portugal reconheceu a necessidade de reorganização do sistema para responder a novas exigências, apostando no caminho da integração vertical e da prestação de cuidados globais. A primeira ULS foi criada em Portugal em 1999, actualmente existem sete.

Objectivo: Analisar a influência do modelo organizacional dos prestadores no número e tipo de internamentos por causas sensíveis a cuidados de ambulatório (ICSCA).

Metodologia: Foram determinados os ICSCA segundo a metodologia do *Canadian Institute for Health Information* e respectivas taxas padronizadas nos distritos das unidades seleccionadas, entre 2006 e 2010. Utilizou-se o método da diferença das diferenças para a comparação dos períodos pré e pós-ULS, utilizando como caso controle um distrito em que os prestadores estão organizados no modelo clássico, Hospitais+ACES.

Resultados: Foram incluídos no estudo 4.446 ICSCA (6,27% do total de internamentos). Existiram em média 296,4 internamentos anuais por distrito, sendo a taxa média 252,7 int.100.000 hab. Após a criação da ULS 1 evitaram-se, em média, mais 36% internamentos (93,3 int. 100.000 hab.). Na ULS 2, pelo contrário, houve um acréscimo de 7% na taxa de internamento (17,6 int. 100.000 hab.).

Discussão e conclusão: Não foi encontrado um padrão na variação nas taxas de ICSCA após a criação das ULS. Será necessário alargar o estudo a um maior número de prestadores. A compreensão das razões destes resultados implica o estudo dos indicadores socioeconómicos, epidemiológicos e geográficos das populações, bem como as características dos prestadores (Hospitais e CSP).

PALAVRAS CHAVE:

Integração vertical; Internamentos evitáveis; Unidades locais de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: The need to reorganize the health system to meet the present and future demands was acknowledged with the creation of the Portuguese Local Health Units (LHU). These are intended to be vertically integrated and provide global care.

Objective: Analyze the influence of the provider organizational model in the number and type of hospitalizations for Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC).

Methods: The rates of hospitalization for ACSC were determined between 2006 and 2010, according to the methods of the Canadian Institute for Health Information, in the districts of the selected LHU's. The difference in difference method was used to compare the period pre and post creation of the LHU's, against a standardly organized provider system (hospital+primary care).

Results: 4.446 admissions were included in the study (6,27% of all admissions). The average annual number of admissions per district was 252,7 per 100.000 population. After the creation of the LHU 1 the admissions dropped 36% (93,3 per 100.000). However, in LHU 2, the rate of admission increased 7% (17,6 per 100.000).

Discussion and conclusions: The present study did not find any pattern of variation on the admission rates after the creation of the LHU's. It would be recommendable to broaden the reach of the study to the universe of the Portuguese LHU's. To comprehend the reason of the results, the study of the sociodemographic, epidemiological and geographical characteristics of the populations should be deepened. Moreover the provider's characteristics, both hospitals and primary care, also need detailing.

KEYWORDS

Vertical integration, avoidable admissions, Local Health Units.

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| Índice de Gráficos | 3 |
| Índice de Tabelas | 5 |
| Índice de Figuras | 6 |
| Índice de Anexos | 7 |
| Lista de Abreviaturas | 8 |
| Introdução | 9 |
| Revisão da Literatura | 10 |
| Integração de Cuidados de Saúde | 10 |
| Razões para a integração | 10 |
| Conceito | 12 |
| Medição do grau de integração | 17 |
| Resultados da integração de cuidados | 20 |
| Internamentos por Causas Sensíveis a Cuidados de Ambulatório | 23 |
| Unidades Locais de Saúde | 26 |
| Objectivos | 29 |
| Metodologia | 29 |
| Desenho da investigação | 29 |
| População e amostra | 29 |
| Fonte dos dados | 30 |
| Análise dos dados | 30 |
| Critérios de Inclusão: | 31 |
| Resultados | 33 |
| Caracterização dos ICSCA | 33 |
| Duração dos ICSCA | 37 |
| Quanto custam os ICSCA | 40 |
| Comparação dos resultados | 42 |
| Discussão | 44 |

| | |
|--------------------------|----|
| Discussão dos resultados | 44 |
| Discussão metodológica | 46 |
| Conclusão | 47 |
| Bibliografia | 48 |
| Anexos | 54 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| Gráfico 1: Distribuição do número total de internamentos, do período em estudo, por grupo etário. _____ | 33 |
| Gráfico 2: Distribuição do número total de ICSCA por grupo etário e categoria de ICSCA. _____ | 33 |
| Gráfico 3: Distribuição do total de ICSCA do período em análise por categoria. _____ | 34 |
| Gráfico 4: Evolução cronológica do número total absoluto de ICSCA por distrito. _____ | 34 |
| Gráfico 5: Evolução cronológica da taxa de ICSCA por 100.000 hab. por distrito. _____ | 35 |
| Gráfico 6: Evolução da taxa padronizada de ICSCA por 100.000 hab. por distrito. _____ | 36 |
| Gráfico 7: Evolução da distribuição do número total de ICSCA por categoria no distrito da ULS 1. _____ | 37 |
| Gráfico 8: Evolução da distribuição do número total de ICSCA por categoria no distrito de Controlo. _____ | 37 |
| Gráfico 9: Evolução da distribuição do número total de ICSCA por categoria no distrito da ULS 2. _____ | 37 |
| Gráfico 10: Evolução da taxa padronizada de ICSCA por Asma, por 100.000 hab., por distrito. _____ | 38 |
| Gráfico 11: Evolução da taxa padronizada de ICSCA por Diabetes, por 100.000 hab., por distrito. _____ | 38 |
| Gráfico 12: Evolução da taxa padronizada de ICSCA por Angina, por 100.000 hab., por distrito. _____ | 38 |
| Gráfico 13: Evolução da taxa padronizada de ICSCA por HTA, por 100.000 hab., por distrito. _____ | 38 |
| Gráfico 14: Evolução da taxa padronizada de ICSCA por Epilepsia, por 100.000 hab., por distrito. _____ | 38 |
| Gráfico 15: Evolução da taxa padronizada de ICSCA por DPOC, por 100.000 hab., por distrito. _____ | 38 |
| Gráfico 16: Evolução da taxa padronizada de ICSCA por IC & EP, por 100.000 hab., por distrito. _____ | 37 |
| Gráfico 17: Distribuição do total dos ICSCA no período em análise pela duração (em dias). _____ | 38 |

| | |
|---|----|
| Gráfico 18: Evolução cronológica da demora média (em dias) do total de ICSCA por distrito. | 38 |
| Gráfico 19: Evolução cronológica da demora média (em dias) dos ICSCA no distrito da ULS 1 por categoria | 39 |
| Gráfico 20: Evolução cronológica da demora média (em dias) dos ICSCA no distrito de Controlo por categoria. | 39 |
| Gráfico 21: Evolução cronológica da demora média (em dias) dos ICSCA no distrito da ULS 2 por categoria. | 39 |
| Gráfico 22: Evolução do custo para o SNS (em €) dos ICSCA nos distritos em análise. | 40 |
| Gráfico 23: Preço médio dos ICSCA por categoria. | 40 |
| Gráfico 24: Evolução do custo total dos ICSCA por categoria no distrito da ULS 1. | 41 |
| Gráfico 25: Evolução do custo total dos ICSCA por categoria no distrito de Controlo. | 41 |
| Gráfico 26: Evolução do custo total dos ICSCA por categoria no distrito da ULS 2. | 41 |
| Gráfico 27: Diferença das diferenças na taxa padronizada de ICSCA por categoria. | 43 |

ÍNDICE DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1: Resumo dos estudos efectuados sobre a medição do grau de integração. | 19 |
| Tabela 2: Resumo dos principais modelos de avaliação de resultados e respectivas entidades/autores responsáveis pelo seu desenvolvimento. | 21 |
| Tabela 3: Sumário da evidência da efectividade de intervenções de promoção da coordenação entre os prestadores de cuidados. | 22 |
| Tabela 4: Distribuição por grupos etários das populações em estudo (INE, 2011). | 35 |
| Tabela 5: Estatísticas descritivas da duração (em dias) do total dos ICSCA do período em análise. | 37 |
| Tabela 6: Diferença das diferenças da média da Taxa padronizada de ICSCA entre os distritos de Controlo e da ULS1 nos períodos pré e pós-ULS. | 42 |
| Tabela 7: Diferença das diferenças da média da Taxa padronizada de ICSCA entre os distritos de Controlo e da ULS 2 nos períodos pré e pós-ULS. | 43 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1: Sistematização das razões para a Integração de cuidados. _____ | 10 |
| Figura 2: Percentagem das causas de morte por grupo etário na população Europeia. ____ | 11 |
| Figura 3: Dimensões de integração _____ | 13 |
| Figura 4: Integração Horizontal. _____ | 13 |
| Figura 5: Integração Vertical _____ | 14 |
| Figura 6: Contínuo de integração clínica. _____ | 18 |
| Figura 7: Interação entre os diversos factores influenciadores dos ICSCA. _____ | 24 |
| Figura 8: Distribuição dos ICSCA por patologia no Canada nos anos de 2006/07. _____ | 25 |
| Figura 9: Localização das ULS em Portugal _____ | 26 |
| Figura 10: Diferentes tipos de organização dos prestadores de cuidados de Saúde em Portugal. _____ | 27 |
| Figura 11: Tabela explicativa do método da diferença das diferenças. _____ | 31 |
| Figura 12: Movimentos de Importação e Exportação de internamentos durante o período em análise. _____ | 46 |

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Intervenientes no SNS e seu relacionamento. _____ 54

Anexo 2: Distribuição etária dos ICSCA por sexo. _____ 55

LISTA DE ABREVIATURAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central dos Serviços de Saúde.

ARS – Administração Regional de Saúde.

CSP – Cuidados de Saúde Primários.

DPOC – Doenças pulmonares obstrutivas crónicas.

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública.

GDH – Grupo diagnóstico homogéneo.

HTA – Hipertensão arterial.

IC & EP – Insuficiência cardíaca e edema pulmonar.

ICSCA - Internamentos por causas sensíveis a cuidados de ambulatório.

UCC – Unidade de cuidados na comunidade.

UCSP – Unidade de cuidados de Saúde personalizados.

ULS – Unidade local de Saúde.

ULSAM – Unidade local de Saúde do Alto Minho.

ULSBA – Unidade local de Saúde do Baixo Alentejo.

ULSCB – Unidade local de Saúde de Castelo Branco.

ULSG – Unidade local de Saúde da Guarda.

ULSM – Unidade local de Saúde de Matosinhos.

ULSN – Unidade local de Saúde do Nordeste.

ULSNA – Unidade local de Saúde do Norte Alentejano.

URAP – Unidade de recursos assistenciais partilhados.

USF – Unidade de Saúde familiar.

USP – Unidade de Saúde pública.

INTRODUÇÃO

Em 1999 foi criada em Portugal a primeira Unidade Local de Saúde (ULS) em Matosinhos, seguindo-se outras seis, criadas entre 2008 e 2011. Estes passos sugerem a necessidade de um olhar diferente sobre a organização dos cuidados de saúde, reconhecendo que actualmente o paradigma de separação entre níveis de cuidados (primários/centros de Saúde vs secundários/hospitais) poderá não responder adequadamente às necessidades e exigências dos utentes, que encontram um sistema cada vez mais complexo (Anexo 1). O actual paradigma de tratamento da doença deriva de dois vectores principais. O primeiro é o da super-especialização dos profissionais, fruto da explosão do conhecimento científico. O segundo vector, a quarta transição epidemiológica, cursa com um grande aumento da prevalência das doenças crónicas que acompanham o envelhecimento da população. Assim, o tratamento especializado, nos hospitais, de episódios de doença aguda torna-se cada vez mais desadequado, sendo necessária uma abordagem continuada, generalista que, acima de tudo, previna o aparecimento das doenças e que consiga um melhor controlo das mesmas.

A integração de cuidados de Saúde tem-se tornado uma área de estudo cada vez mais relevante, como comprova a criação de um Observatório dedicado ao tema pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em Barcelona, com o objectivo de facilitar e encorajar a mudança das organizações de Saúde (Gröne e Gracia-Barbero, 2001), ou a existência de publicações científicas dedicadas ao tema, como o *International Journal of Integrated Care*.

O conceito de integração de cuidados de Saúde tem várias interpretações e definições, mas resumidamente pressupõe que da perspectiva do utente exista uma continuidade na oferta dos cuidados de Saúde de que necessita, entendendo-se que no percurso deste entre os diversos prestadores não existam barreiras ou dificuldades. É também genericamente aceite que outra meta da integração de cuidados é a melhoria do acesso e que o grande objectivo final é a melhoria dos estados de Saúde.

Sendo as doenças crónicas aquelas que maiores desafios colocam à organização e colaboração dos prestadores, serão também as mais sensíveis às mudanças instituídas. De facto, com a integração de cuidados espera-se que exista um melhor controlo das doenças crónicas, com a mudança do paradigma do tratamento das complicações para a sua prevenção, do internamento para o ambulatório, do hospital para o centro de Saúde. Assim, o estudo dos internamentos por causas sensíveis a cuidados de ambulatório (ICSCA) mostra-se indicado para avaliar essa mudança de padrão dos prestadores. A criação das ULS terá tido influência nesse indicador?

REVISÃO DA LITERATURA

INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

RAZÕES PARA A INTEGRAÇÃO

Na literatura são apontadas várias razões para a integração. Gröne e Garcia-Barbero (2001) apontam razões do lado da procura e do lado da oferta (Figura 1).

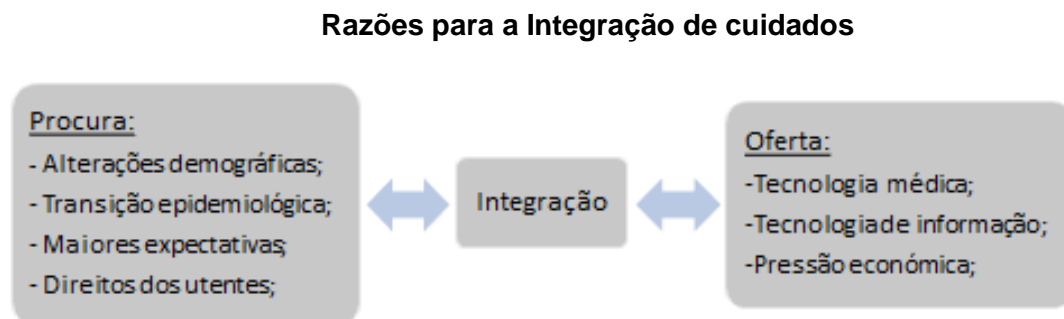


Figura 1: Sistematização das razões para a Integração de cuidados.
(Adaptado de Gröne e Garcia-Barbero)

Do lado da procura, as alterações demográficas surgem à cabeça. O aumento da esperança média de vida resulta num aumento da necessidade e consumo de cuidados, particularmente após a reforma e após os 75 anos. Além disso coloca-se um desafio ao financiamento desses cuidados, pois o equilíbrio entre população activa e não activa também é afectado.

Em termos epidemiológicos surge uma expansão da morbilidade, ou segundo alguns autores a compressão da morbilidade. O primeiro conceito interliga-se com o aumento da esperança média de vida, significando que existe mais tempo para se estar doente. O segundo, argumenta que com a adopção de estilos de vida mais saudáveis e a prevenção da doença é possível comprimir a morbilidade no extremo final da vida. Finalmente, assume importância capital a alteração do padrão de morbilidade, sendo as doenças crónicas as que mais contribuem para o peso da doença na idade avançada (Figura 2).

Por outro lado, o advento da sociedade da informação faz com que os utentes estejam cada vez melhor informados, mais confiantes e mais emancipados. Também conhecem melhor os seus direitos, e como tal têm expectativas mais elevadas.

Do lado da oferta somam-se outros condicionalismos. Muitas vezes o percurso do utente não é acompanhado de toda a informação, clínica ou não, relevante para a sua situação. Deste modo aumentam os riscos de erro, de demora no diagnóstico, ou mesmo de duplicação de procedimentos, causando um aumento de custos. A tecnologia de informação é fundamental neste cenário. Ao nível micro, permite aos utentes e prestadores estarem

melhor informados. A um nível intermédio permite a comunicação eficaz e efectiva entre profissionais e/ou instituições. Finalmente, ao nível macro permite uma planificação de acções bem fundamentada. De facto, a disponibilidade de informação em bases de dados informáticas permite um acesso fácil, rápido e barato, diminuindo assim os custos e a demora da investigação.

Padrão de mortalidade na Europa

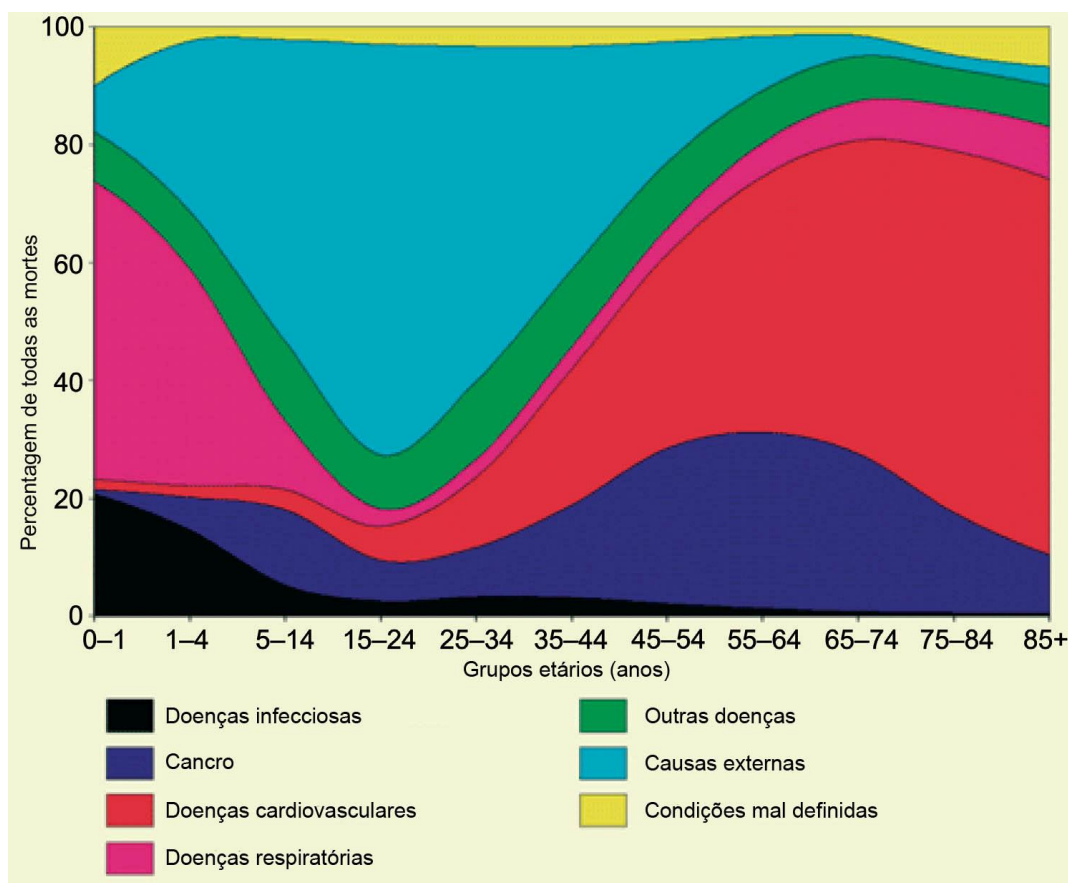


Figura 2: Percentagem das causas de morte por grupo etário na população Europeia.
(Adaptado de Gröne e Garcia-Barbero, 2001)

A telemedicina é outro exemplo de um recurso que permite melhorar a qualidade dos cuidados em Saúde por aumentar a acessibilidade a meios mais escassos e/ou especializados sem a constrição da distância geográfica.

Toda a tecnologia médica tem um significativo impacto na estrutura e organização dos prestadores de cuidados de Saúde. As inovações em termos de medicamentos, procedimentos e tecnologias de monitorização alteram a forma de prestar os cuidados, por exemplo ao permitir o tratamento de doenças em ambulatório.

Finalmente, a pressão económica montante também desempenha um importante papel na promoção da integração. Diversos factores anteriormente descritos acarretam um

aumento dos custos dos cuidados, que traduzem uma tendência constante de superação dos gastos em Saúde. Actualmente fala-se mais em contenção da subida dos custos (*“bending the curve”*), do que na sua redução.

Assim, com a integração de cuidados espera-se atingir (Ling, 2010):

- Melhoria do estado de Saúde das populações;
- Melhoria da satisfação dos utentes;
- Maior qualidade nos cuidados;
- Redução de custos;

CONCEITO

A definição da palavra integração é: *“acto de fazer um todo a partir das partes; coordenação de diferentes actividades para garantir um funcionamento harmonioso.”* (Marriam, 1998). Aumentando a complexidade do conceito segue-se a definição de Integração de Cuidados de Saúde, segundo a OMS é: *“aproximação de inputs, produção, gestão e organização de serviços relacionados com o diagnóstico, tratamento, cuidado, reabilitação e promoção da Saúde. A Integração é um meio para a melhoria dos serviços em relação ao acesso, qualidade, satisfação dos utilizadores e eficiência”* (WHO, 2001). Esta é, no entanto, apenas uma das 175 definições e conceitos de integração, encontrados na literatura por Armitage *et al* na sua revisão sistemática (2009). De facto, há concordância sobre a falta de consenso na definição do conceito de integração de cuidados de Saúde (Gröne e Garcia-Barbero, 2001; Edgren, 2008; Armitage, 2009; Strandberg-larsen, 2009; Shaw, 2011).

Em 2009, Santana *et al*, realizaram uma extensa revisão da literatura sobre o tema da integração vertical. Seguem-se as principais conclusões.

Ao conceito de integração assistem várias dimensões. Podem definir-se quatro dimensões fundamentais: Estrutural; Funcional; Normativa; Sistémica (Figura 3).

Dimensão estrutural

Para existir um processo de integração estrutural é necessária uma modificação nos elementos do sistema de forma a que o organigrama organizacional seja alterado, com impacto nas responsabilidades, poder hierárquico e relações de comando e controlo (Byrne e Ashton, 1999; Conrad e Shortell, 1996).

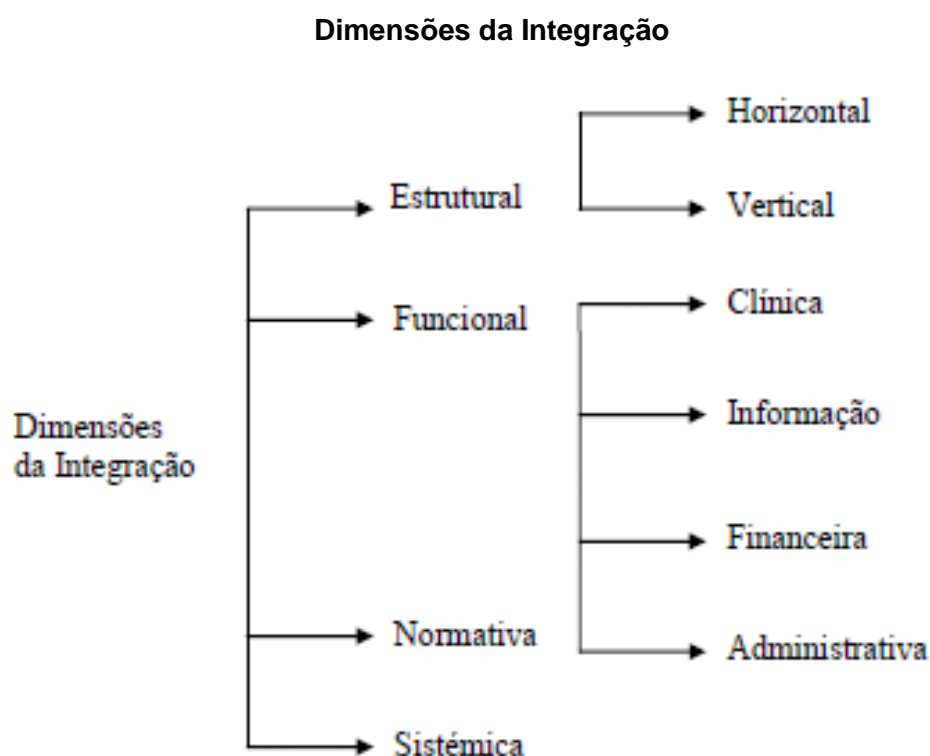


Figura 3: Dimensões de integração
(Fonte: Santana, 2009)

Integração horizontal

A integração horizontal caracteriza-se por responsabilizar uma única entidade pela gestão de duas instituições que produzem serviços ao mesmo nível de cuidados de Saúde (Figura 4) (Devers *et al.*, 1994; Grone e Garcia-Barbero, 2001). O exemplo paradigmático deste tipo de integração em Portugal é a criação de Centros Hospitalares e Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). Tem como principais objectivos a criação de economias de escala. Em geral este tipo de integração precede a integração vertical.

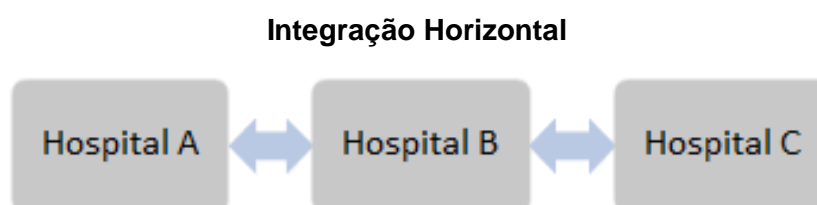


Figura 4: Integração Horizontal.
(Fonte: Adaptado de Conrad e Shortell, 1996)

Integração Vertical

O conceito de integração vertical aplicado ao sector da Saúde significa a criação de uma única entidade gestora, incluindo prestadores de diferentes níveis de cuidados, com o objectivo de melhorar o estado de Saúde de uma população (Figura 5) (Brown e McCool, 1986; Conrad e Shortell, 1996; Byrne e Ashton, 1999; Wan, Lin e Ma, 2002).

Dimensão Funcional

A integração funcional é a componente fundamental da integração vertical. No fundo é a efectiva cooperação, comunicação e coordenação das actividades das várias unidades produtoras para a construção de um *continuum* de cuidados. Esta é também a dimensão

Integração Vertical

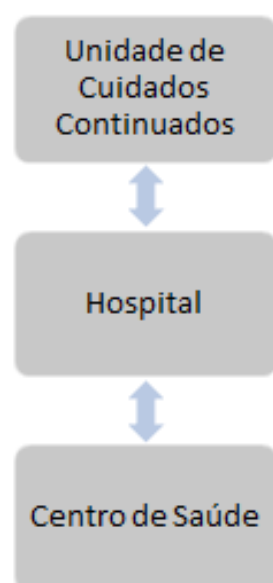


Figura 5: Integração Vertical

(Fonte: Adaptado de Conrad e Shortell, 1996)

mais difícil de atingir pois a complexidade do sistema é elevada (Anexo 1). A cooperação não implica a integração vertical, uma vez que entidades autónomas podem organizar-se em rede sem perderem autonomia (Gillies *et al*, 1993; Shortell *et al*, 1993; Sobczac, 2002; Ahgren, 2005).

Para atingir a completa integração funcional existem várias dimensões a integrar, nomeadamente, na área clínica, na partilha de informação, financiamento e área administrativa.

Integração clínica

A vastidão do conhecimento científico actual não permite que um profissional o domine ao nível necessário para a prestação dos melhores cuidados de Saúde possíveis. Neste sentido, tornou-se indispensável a especialização e coordenação de vários profissionais em torno das necessidades de Saúde individuais. Torna-se assim imperativa a coordenação multidisciplinar (Stille *et al*, 2005) entre várias actividades como cuidados médicos, de enfermagem, exames complementares de diagnóstico, bem como apoio administrativo, entre outros.

As verdadeiras vantagens da integração vertical, principalmente ao nível da redução de custos, advêm da integração clínica e não das eventuais economias de escala (Zukerman, Kaluzny e Ricketts, 1995).

A necessidade de gerir em conjunto produtos diferentes e interligados conduziu à criação de linhas de produção (Parker *et al*, 2001). As formas de concretizar esse agrupamento podem seguir três critérios:

- A gestão de doenças (Ex: Diabetes ou Hipertensão Arterial);
- Por segmentos populacionais específicos (Ex: Saúde Infantil);
- Por procedimento (Ex: Intervenções cirúrgicas);

A organização da produção em torno de doenças específicas originou o conceito de *disease management* ou “gestão integrada da doença”. Este consiste na prestação de cuidados a uma população com, ou em riscos de ter, uma determinada doença, utilizando as melhores práticas clínicas e tecnologias (Boston Consulting Group, 1993).

Outro mecanismo de integração é a criação de equipas multidisciplinares. Nestas, a complementaridade dos conhecimentos permite uma resposta mais adequada às necessidades, por um lado, e por outro, permite a formação dos profissionais dentro da equipa (Shortell *et al*, 1993; Donohoe *et al*, 1999).

A referenciação médica assume-se também como ferramenta fundamental à integração. Um bom processo de referenciação melhora a qualidade e a eficiência dos cuidados prestados (Gandhi *et al.*, 2000). Para tal é necessária a correcta transferência de informação clínica, bidireccionalmente (entre o medico generalista e o especialista).

Integração da Informação

A existência de um sistema de partilha de informação assume-se de vital importância para a integração. A sua ausência pode mesmo constituir uma barreira (Shortell *et al*, 2000). A ausência de informação completa no registo clínico pode causar um aumento das listas de espera e uma duplicação de procedimentos (Grone e Garcia-Barbero, 2001). O processo clínico individual para cada doente, com todas as informações reunidas numa única entidade, promove uma efectivação do *continuum* de cuidados e uma gestão mais eficiente e efectiva da interligação dos intervenientes (Leatt, Pink e Guerriere, 2000). Esta dimensão é de tal forma importante que os próprios sistemas de informação podem ser os veículos de promoção da integração (Duffy, 1996).

Integração financeira

A integração financeira significa a responsabilização da mesma entidade pela Saúde global de uma determinada população. Desta forma passam a ser geridos em simultâneo os

vários níveis de tratamento. Surge assim a possibilidade de existirem tratamentos substitutivos em diferentes tipos de cuidados com diferentes custos. Por exemplo, será mais custo-efectivo evitar o aparecimento de doença cardiovascular do que tratar as suas consequências. Assim promove-se um desvio do foco na produção (oferta) para o fazer incidir nas necessidades do utente (procura) (Gröne e Garcia-Barbero, 2001).

Integração administrativa

Esta dimensão por vezes torna-se menos visível face às restantes. É mais fácil de atingir que as outras, mas contribui para a construção do sentimento de pertença a uma instituição comum. Podem definir-se dois níveis. O primeiro refere-se à uniformização de procedimentos administrativos. O segundo refere-se à centralização de procedimentos logísticos como farmácia, recursos humanos, entre outros, permitindo a criação de economias de escala (Leatt, Pink e Guerriere, 2000).

Dimensão Normativa

Esta dimensão pode ser encarada de dois prismas. Por um lado pode olhar-se para as normas processuais existentes na organização. Estas definem a forma de actuar da organização como um todo e em particular. Por outro lado pode referir-se à forma jurídica como as diferentes entidades se relacionam dentro da instituição. Em ambos os casos é clara a sua influência sobre o funcionamento da instituição.

Dimensão Sistémica

A dimensão sistémica pressupõe o entendimento da organização de Saúde como um sistema com diversos subsistemas que por sua vez é ela própria parte de um supra-sistema (Santana, 2009). Pretende-se que exista um holismo em que o todo é mais do que a soma das partes, pressupondo acções sinérgicas por parte dos diversos intervenientes (Young e Barrett, 1997).

MEDIÇÃO DO GRAU DE INTEGRAÇÃO

Sendo a integração de cuidados de Saúde um conceito relativamente recente, torna-se importante ter ferramentas para a sua medição, bem como para avaliar os seus resultados.

Seguindo o modelo de Donabedian (1980) para a avaliação de qualidade (estrutura; processo; resultados) as dimensões que mais importam avaliar são os processos e os resultados (Armitage, 2009). A informação produzida por estas ferramentas será útil a vários níveis, nomeadamente para guiar os processos de integração, para identificar dimensões em que os processos sejam críticos, estabelecendo assim prioridades de intervenção. Torna-se também possível a comparação entre instituições e modelos de integração.

O desenvolvimento de ferramentas de medição é dificultado pela falta de clareza do conceito de integração vertical, e pela existência de múltiplas perspectivas e agentes intervenientes neste modelo complexo (Armitage, 2009; Strandberg-Larsen, 2009; Santana 2009).

Strandberg-Larsen e Krasnik, numa revisão sistemática de 2009, referem os requisitos que os instrumentos de medição deverão cumprir, e analisam a literatura face aos mesmos. Em primeiro lugar, o modelo teórico por detrás da utilização do instrumento deve ser claramente definido, o que para acontecer implica a explicitação do conceito de integração que se pretende medir. Em seguida, importa definir qual o nível de análise, se sistémico, organizacional ou individual. Para a avaliação ser abrangente, segundo os autores, deverá incidir sobre aspectos estruturais, processuais e culturais. Os aspectos estruturais incluem as ferramentas utilizadas pelas instituições (referenciações, *guidelines*, sistemas de informação, gestores de integração, partilha de recursos), sendo os aspectos processuais referentes “*ao que se está a fazer*” para promover a integração. Os aspectos culturais referem-se às atitudes e sentimentos dos intervenientes face ao processo de mudança, “*a vontade de fazer*”. Outra questão importante é a medição do grau de integração relativamente a um objectivo óptimo definido *a priori*. Este conceito é proposto por Ahgren e Axelsson (2005), que referem existir um contínuo de integração entre a completa segregação e a completa integração (Figura 6), sendo que, para diferentes realidades os objectivos do grau de integração serão diferentes.

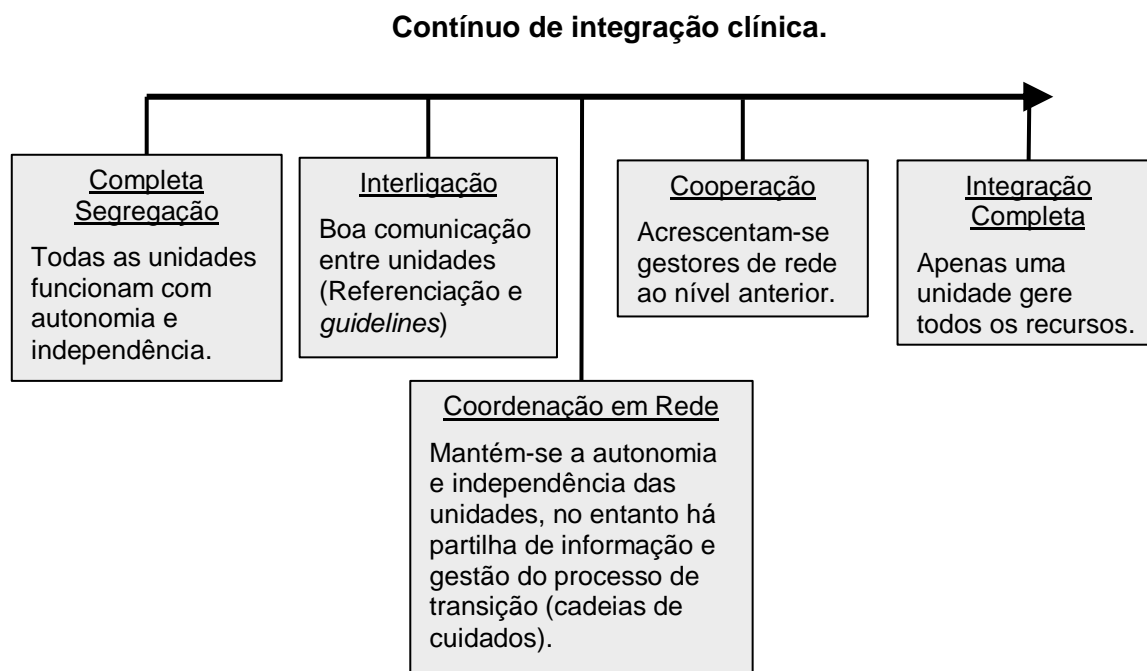


Figura 6: Contínuo de integração clínica.
(Adaptado de Ahgren e Axelsson, 2005)

Para permitir a comparação do grau de integração entre diferentes prestadores é importante que a medida final do instrumento seja quantitativa, mas relativa ao ideal de integração. Finalmente os autores referem que é fundamental a validade interna do instrumento. Tendo por base os referidos critérios, os autores analisaram os instrumentos de medição existentes na literatura (Tabela 1). Apesar de nenhum cumprir todos os critérios, muitos deles apresentam fundamentos sólidos.

Uma outra revisão sistemática (Armitage, 2009) salienta os tipos de instrumentos utilizados. Segundo os autores o método mais utilizado é o *balanced scorecard*. Este método foi desenvolvido por Kaplan e Norton (1992 e 1993) para avaliar a performance organizacional utilizando mais do que apenas os resultados financeiros. O método baseia-se na aplicação de questionários aos colaboradores das organizações (Gillies, 1993). Outro método utilizado frequentemente é o *clinical microsystems assessment tool* (Mohr 2002; Nelson 2002). Este método foi desenvolvido pela observação de vinte microsistemas altamente performantes nos Estados Unidos da América. Da observação concluiu-se que existiam oito características comuns a todos os sistemas, que foram utilizadas na criação de um questionário de auto-avaliação. Finalmente o terceiro método salientado é o desenvolvido por Ahgren e Axelsson (2005), que criaram uma escala do grau de integração.

Estudos efectuados sobre a medição do grau de integração

| Estudo | Modelo Teórico | Definição Conceptual | Definição nível análise | Aspectos estruturais | Aspectos culturais | Aspectos processuais | Medidas Relativas | Medidas Quantitativas | Validade interna |
|---------------------------------|----------------|----------------------|-------------------------|----------------------|--------------------|----------------------|-------------------|-----------------------|------------------|
| Ahlgren e Axelsson, 2005 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Brazil <i>et al.</i> , 2003 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | | | |
| Browne <i>et al.</i> , 2004 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | ✓ | ✓ |
| Burns <i>et al.</i> , 2001 | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| Devers <i>et al.</i> , 1994 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | |
| Fletcher <i>et al.</i> , 1984 | | ✓ | ✓ | ✓ | | | | ✓ | |
| Gillies <i>et al.</i> , 1993 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | |
| Hébert e Veil, 2004 | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ |
| Karmann <i>et al.</i> , 2004 | | | ✓ | | | | | ✓ | |
| Lukas <i>et al.</i> , 2002 | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ |
| Morrisey <i>et al.</i> , 1999 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| Newhouse <i>et al.</i> , 2003 | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | ✓ | ✓ |
| Reilly <i>et al.</i> , 2003 | | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| Shukla, 1985 | | ✓ | ✓ | | | ✓ | | ✓ | |
| Simoens and Scott, 2001 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | |
| Starfield <i>et al.</i> , 1979 | | ✓ | ✓ | | | ✓ | | ✓ | |
| Wan <i>et al.</i> , 2002 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | ✓ | ✓ |
| Wan e Wang <i>et al.</i> , 2003 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | ✓ | ✓ |
| Wang <i>et al.</i> , 2001 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | ✓ | ✓ |

Tabela 1: Resumo dos estudos efectuados sobre a medição do grau de integração.

(Adaptado de Strandberg-Larsen e Krasnik 2009)

Mais recentemente com o objectivo de avaliar dezasseis projectos piloto de integração de cuidados no Reino Unido, Ling *et al* (2010) desenharam um método misto de avaliação. É proposta a avaliação da utilização de cuidados, antes e depois dos projectos, usando o método da diferença das diferenças (informação quantitativa). Para a obtenção de dados qualitativos é proposta a aplicação de questionários aos utentes e colaboradores. Finalmente, é também incluída na avaliação uma análise económica, quer dos custos de implementação, quer dos custos de manutenção dos projectos. Os dados quantitativos assentam no estudo do número de episódios de urgência, dos internamentos por causas sensíveis a cuidados de ambulatório e da demora média dos internamentos. São propostas duas perspectivas. A primeira, faz a avaliação dos resultados ao nível do indivíduo. São estudadas as diferenças no padrão de diagnósticos e de utilização hospitalar antes e após a implementação do projecto, após uma padronização pelo perfil de risco de utilização. A segunda perspectiva visa colegiar informação ao nível populacional. A informação qualitativa assume particular importância para avaliar a percepção das melhorias por parte dos utentes e para, do lado dos colaboradores, compreender quais as mudanças reais na rotina diária, bem como na comunicação entre instituições e na satisfação profissional. A terceira vertente, a análise económica, poderá mais tarde ser utilizada na elaboração de uma análise custo-benefício destes projectos.

Concluindo, não existe uma metodologia universal para a medição da integração, no entanto, já existe alguma evidência na literatura para a selecção de metodologias adequadas ao que se pretende avaliar.

RESULTADOS DA INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

Como vimos anteriormente, segundo Ling (2010), os resultados esperados da integração de cuidados de Saúde são:

- Melhoria do estado de Saúde;
- Maior qualidade;
- Maior satisfação dos utentes;
- Redução de custos;

Tal como nos métodos de medição do grau de integração, também na medição dos resultados atingidos pela integração não existe um consenso (Armitage, 2009). Além disso a informação disponível é mais escassa e a que existe centra-se mais nos ganhos percebidos do que em medições empíricas.

Santana *et al* em 2009 destaca seis grandes iniciativas de avaliação, dividindo-as em dois conjuntos, modelos desenvolvidos por grandes entidades certificadoras de qualidade, como o HEDIS, CAHPS ou ORIX, e modelos mais vocacionados para estudo de casos, tendo por isso especificidades particulares, como o SASI, HSIS ou CRISP (Tabela 2).

Em 2008 Davies *et al* publicaram uma revisão sistemática sobre a evidência da efectividade das intervenções para melhoria da coordenação de cuidados, nomeadamente ao nível da melhoria de estados de Saúde, satisfação dos utentes e redução dos custos (Tabela 3). Dada a variedade das intervenções encontradas os *outcomes* medidos foram também diversos. Na área da doença mental foram encontrados estudos utilizando escalas específicas (Índice de Barthel, SF36 ou severidade da depressão) para avaliação do estado de Saúde antes e após a intervenção. Nas intervenções dedicadas à população envelhecida as medidas mais utilizadas foram as readmissões hospitalares e a mortalidade geral. Relativamente aos doentes crónicos, os internamentos, re-internamentos, episódios de urgência e a demora média foram amplamente utilizados, acrescentando-se a avaliação da qualidade de vida, ou a medição de parâmetros clínicos relevantes, como a hemoglobina A1c ou a colestolemia.

Principais modelos de avaliação dos resultados

| Modelos | Entidade | Dimensões de Avaliação |
|---|--|---|
| HEDIS - Health Plan Employer Data and Information Set | NCQA – National Committee for Quality Assurance | Efectividade; Acesso; Satisfação; Estabilidade do plano de saúde; Utilização; Custos; Escolhas informadas; Informação descritiva |
| CAHPS - Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems | AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality | Comunicação com profissionais de saúde; Ambiente Hospitalar (limpeza e nível de barulho); Capacidade de resposta dos serviços; Informação após a alta; Características pessoais dos utentes |
| ORYX | JCAHO – Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations | Direitos, Responsabilidades e Ética; Continuum de cuidados; Educação e comunicação; Liderança; Gestão de recursos humanos; Gestão da informação; Melhoria do desempenho da rede; Promoção da saúde; Prevenção da doença |
| SASI - Self-Assessment for Systems Integration | NCCC – National Chronic Care Consortium | Governança; Gestão; Sistemas de informação; Sistema de financiamento; Interdisciplinaridade Avaliação das necessidades (perfil da população/risco); Gama de Serviços Prevenção; Envolvimento dos clientes |
| HSIS - Health System Integration Study | Gillies <i>et al.</i> (1993) | Qualidade clínica; Sistemas de Informação; Garantia de qualidade; Financiamento; Utilização |
| CRISP - Consortium for Research on Indicators of System Performance | Nerenz, Zajac, Rosman, 1993 | Estado de Saúde da População; Benefícios sociais/comunitários; Qualidade dos cuidados; Prevenção; Características dos episódios; Satisfação; Eficiência; Performance Financeira |

Tabela 2: Resumo dos principais modelos de avaliação de resultados e respectivas entidades/autores responsáveis pelo seu desenvolvimento.

(Fonte: Santana, 2009)

Os resultados encontrados parecem evidenciar uma melhoria dos estados de Saúde (em 55,4% dos estudos), bem como da satisfação dos utentes. No entanto, parece não haver evidência suficiente na redução dos custos. Algumas intervenções resultam melhor, nomeadamente, a alteração do relacionamento entre prestadores, a coordenação de actividades clínicas e a utilização de sistemas de Informação para suporte da coordenação (Tabela 3).

Na perspectiva do autor do presente trabalho, a melhoria da Saúde dos utentes, sendo o objectivo mais importante, é o principal *outcome* a ser medido. Como visto anteriormente, a selecção do indicador para essa medição está muito ligado ao tipo, contexto e objectivo da intervenção realizada. É possível organizar esses indicadores em duas grandes categorias, indicadores gerais e particulares. Os indicadores gerais referem-

se a medidas de impacto do programa, como a mortalidade, o número de internamentos, re-internamentos ou episódios de urgência. Por sua vez, os indicadores particulares estão ligados a problemáticas específicas, e são muitas vezes indicadores intermédios dos estados de Saúde (Hemoglobina A1c, colestrolemia, pressão arterial, etc.). Por exemplo, o controlo glicémico dos diabéticos não é um objectivo final, mas sim a evicção das lesões dos órgãos alvo por estados hiperglicémicos. A utilização dos níveis de Hemoglobina A1c na sua vigilância é portanto um indicador intermédio.

Evidência da efectividade da coordenação entre prestadores

Proporção de estudos com outcomes positivos na:

| Objectivo principal da intervenção | Saúde | Satisfação do Utente | Redução de custos |
|--|---------------|----------------------|-------------------|
| <u>Alteração do relacionamento entre prestadores</u> <i>(incluindo gestão de caso, equipas multidisciplinares, ligação dos utentes a prestadores específico. (33 estudos)</i> | 19/29 (65,5%) | 8/12 (66,7%) | 2/12 (16,7%) |
| <u>Coordenação de actividades clínicas</u> <i>Protocolos de coordenação entre prestadores, consultas partilhadas. (37 estudos)</i> | 19/31 (61,3%) | 4/12 (33,3%) | 3/15 (20%) |
| <u>Melhorar a comunicação entre prestadores</u> <i>p. e. conferenciação de casos. (56 estudos)</i> | 26/47 (55,3%) | 12/22 (54,5%) | 2/21 (14,3%) |
| <u>Suporte para o staff clínico</u> <i>Suporte e supervisão clínica, treino e sistemas de lembretes. (33 estudos)</i> | 16/28 (57,1%) | 8/14 (57,1%) | 1/12 (8,3%) |
| <u>Sistemas de Informação para suporte da coordenação</u> <i>Inclui planos de cuidados, suporte de decisão, partilha de registos (47 estudos)</i> | 23/38 (60,5%) | 7/19 (36,8%) | 2/13 (15,4%) |
| <u>Apoio aos utentes</u> <i>Inclui educação, lembretes e assistência no acesso aos cuidados. (19 estudos)</i> | 6/17 (35,3%) | 3/6 (50,0%) | 1/7 (14,3%) |
| Todos os estudos | 36/65 (55,4%) | 14/31 (45,2%) | 5/28 (17,9%) |

Tabela 3: Sumário da evidência da efectividade de intervenções de promoção da coordenação entre os prestadores de cuidados. (Adaptado de: Davies, 2008).

Em conclusão, a evidência é escassa relativamente ao modelos de avaliação dos resultados da integração, no entanto é importante fazer a sua avaliação ao nível das melhorias dos estados de Saúde, na satisfação dos utentes e colaboradores, bem como na redução de custos. Os indicadores escolhidos devem estar fortemente relacionados com o objectivo da medição.

INTERNAMENTOS POR CAUSAS SENSÍVEIS A CUIDADOS DE AMBULATÓRIO

A colocação do foco do sistema de Saúde nos cuidados preventivos, longitudinais, centrados nos utentes é um dos principais desafios para a integração de cuidados de Saúde. Essa mudança de paradigma implica um aumento e facilitação do acesso aos cuidados de Saúde primários (CSP) que deverão ser capazes de resolver 85% dos problemas de Saúde (Nedel, 2011), que por sua vez significará uma diminuição da utilização dos cuidados hospitalares, episódicos e agudos. Esta relação é particularmente visível no estudo dos internamentos por causas sensíveis a cuidados de ambatório (ICSCA). Nestes internamentos inclui-se um conjunto de patologias que podem e devem ser prevenidas e/ou tratadas ao nível dos CSP, logo a falta de acesso a estes cuidados, ou a sua ineffectividade resultam em ICSCA (Nedel, 2011). Uma recente revisão sistemática publicada em 2012 por Rosano *et al*, refere que, em 72,5% dos 51 artigos analisados foi encontrada uma relação inversa significativa entre o acesso aos CSP e o número de ICSCA. Os autores concluem que os ICSCA são utilizáveis com indicador da qualidade dos CSP.

A utilização deste indicador iniciou-se nos Estados Unidos, com o objectivo de avaliar o acesso da população indigente aos cuidados de Saúde (Weissman, 1991 e Billings, 1993). Posteriormente foram utilizados com o objectivo de avaliar outras variáveis relacionadas com a acessibilidade, efectividade e qualidade dos cuidados de Saúde. A utilização desta metodologia também permite a avaliação de modelos organizativos distintos, em diferentes regiões (Caminal, 2001 e Nedel, 2011).

A utilização dos ICSCA obedece a várias questões metodológicas. A primeira é a definição de quais são esses internamentos. Nedel propõe dois critérios de inclusão: “a) *existe tecnologia e conhecimento para evitar uma determinada hospitalização?*; b) *As acções necessárias para evitar essa hospitalização dependem dos CSP?*” Em segundo lugar, como qualquer teste diagnostico, este indicador tem dois atributos fundamentais, a sensibilidade e a especificidade. A sensibilidade depende da inclusão no indicador de todos os internamentos considerados evitáveis ou cujas taxas poderão ser diminuídas por acções realizadas ao nível dos CSP. A especificidade depende da não inclusão no indicador de patologias menos susceptíveis ou não relacionadas com as acções dos CSP.

Na literatura estão disponíveis várias listas de ICSCA criadas para diferentes realidades (Weissman, 1992; Millman, 1993; Billings, 1993; Brown, 2001; Caminal, 2001 e 2004; AHRQ, 2004; CIHI, 2008). Este facto cria uma dificuldade de comparação internacional dos resultados, no entanto, ganha-se especificidade pela maior adequação da lista às responsabilidades e acções dos CSP de cada país. Em Portugal o Alto

Comissariado da Saúde propõe a utilização da metodologia desenvolvida pelo Canadian Institute for Health Information. Não foi do conhecimento do autor qualquer outro trabalho de validação de uma lista de ICSCA adaptada à realidade Portuguesa.

Os ICSCA são influenciados por vários factores relacionados com o contexto onde são medidos, sendo ampla a evidência neste campo. Sistemáticamente é possível organizar estes factores em quatro grandes grupos: *a) características ligadas aos prestadores; b) características socioeconómicas e demográficas; c) características geográficas e d) características epidemiológicas* (Figura 7).

A estrutura e processos dos prestadores de cuidados de Saúde influenciam os ICSCA, tanto ao nível dos CSP, hospitais e cuidados continuados, bem como na relação entre estes. Ao nível dos CSP existe uma relação inversa entre o número de ICSCA e o número de médicos de família por 100.000 hab (Ansari, 2003 e Rizza, 2007), bem como o número de visitas ao médico de família (Ansari, 2003; Rizza, 2007; Hossain, 2009). Outro aspecto fundamental ligado aos CSP é a continuidade de cuidados pelo médico de família. Verificou-se que os utentes com mais de 75% das suas consultas com o mesmo médico de família tinham uma menor probabilidade de internamentos evitáveis, quando comparados com utentes que tiveram menos de 75% de consultas com o mesmo médico (Menec, 2006).

Factores influenciadores dos ICSCA

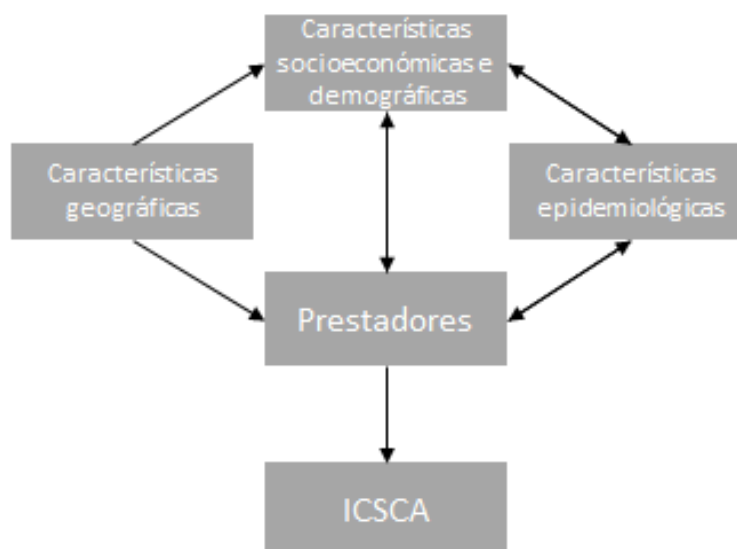


Figura 7: Interação entre os diversos factores influenciadores dos ICSCA.
(Adaptado de Nedel *et al*, 2011)

As características socioeconômicas e demográficas da população utilizadora dos cuidados de Saúde têm influência nos ICSCA. Estes são mais frequentes nos elementos do sexo masculino, com dois picos de incidência, nomeadamente nas faixas etárias superiores aos 65 anos e inferiores aos 15 anos (Caminal, 2001; Rizza 2007). Recentemente a associação entre o número de ICSCA e os indicadores socioeconômicos tem sido alvo de vários estudos por todo o mundo (Ansari, 2003; Roos, 2005; Pirani, 2006; Agabiti, 2009; Magan, 2011). Todos eles têm evidenciado uma relação inversa. Níveis mais baixos de escolaridade também parecem relacionar-se com taxas de ICSCA mais elevadas (Ansari, 2003), assim como níveis mais elevados de desemprego (Caminal, 2001).

As características geográficas das regiões onde se inserem os prestadores também influenciam os ICSCA. A distância ao hospital parece influenciar os internamentos, nomeadamente, aumentando o seu número quanto mais próximo se estiver deste (Caminal, 2001; Bermúdez-Tamayo, 2004). Segundo Ansari (2003), analisando áreas rurais, a menor densidade populacional e o maior isolamento parecem ser preditores de maiores taxas de ICSCA.

Finalmente, as características epidemiológicas das patologias em determinada área geográfica estão inegavelmente relacionadas com as taxas de ICSCA, nomeadamente prevalência e severidade das doenças (Ansari, 2003).

Distribuição dos ICSCA por patologia

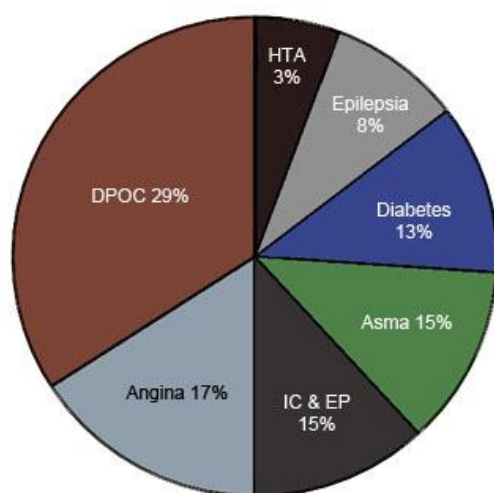


Figura 8: Distribuição dos ICSCA por patologia no Canadá nos anos de 2006/07. (Adaptado de Sanchez, 2008)

A título de exemplo, Sanchez *et al* (2008) caracterizaram os ICSCA no Canadá no conjunto dos anos de 2006 e 2007, utilizando a metodologia do *Canadian Institute for Health Information* (2008). Os ICSCA representaram 13% de todos os internamentos por causas médicas (excluindo internamentos cirúrgicos, obstétricos, neonatais e de Saúde mental). A patologia mais frequente foi a DPOC (29%), seguida da Angina (17%) (Figura 8). A taxa padronizada de ICSCA no país foi de 351 int./100.000hab., variando significativamente entre as áreas rurais (510 int./100.000hab.) e as cidades (318 int./100.000 hab.).

UNIDADES LOCAIS DE SAÚDE

A criação de Unidades Locais de Saúde (ULS) em Portugal iniciou-se em 1999 com a criação da ULS de Matosinhos. Lê-se no preâmbulo do Decreto-lei da sua criação (Decreto-lei n.º 207/99):

“[...] as exigências cada vez maiores das populações em matéria de acesso e satisfação das suas necessidades em saúde, com níveis de qualidade acrescidos, impõem uma gestão integrada dos recursos existentes numa determinada circunscrição geográfica. Torna-se, por isso, indispensável proceder a uma reengenharia do sistema de saúde numa perspectiva organizacional, criando as condições de integração dos cuidados, colectivizando os problemas que hoje cada nível de cuidados enfrenta sozinho, partilhando responsabilidades e recursos. [...]”

Desde então foram criadas outras seis ULS, espalhadas pelo território continental português (Figura 9), nomeadamente Norte Alentejano (Decreto-lei n.º 50-B/2007), Baixo Alentejo, Guarda, Alto Minho (Decreto-lei n.º 183/2008), Castelo Branco (Decreto-lei n.º 318/2009) e do Nordeste (Trás-os-Montes) (Decreto-lei n.º 67/2011).

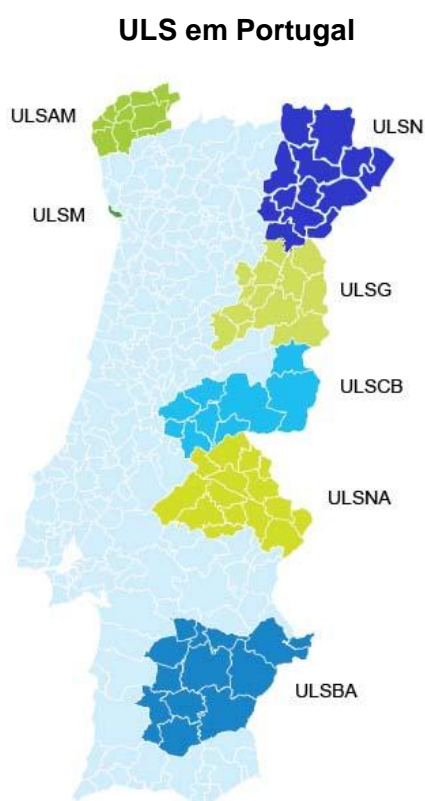


Figura 9: Localização das ULS em Portugal
(Adaptado de Deloitte, 2011)

As ULS são estabelecimentos públicos dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial. Têm como atribuição a prestação global de cuidados de Saúde à população da sua área de influência, incluindo cuidados de Saúde primários e secundários, bem como garantir a Saúde Pública. A actividade da ULS necessária ao exercício das suas atribuições deve ser desenvolvida de modo integrado, atenta à sua organização interna e às demais entidades prestadoras de cuidados de Saúde da área.

A grande diferença face ao modelo tradicional de funcionamento dos hospitais e centros de Saúde é a responsabilização de uma entidade única pela prestação da globalidade dos cuidados (Figura 10).

Tipos de organização dos prestadores de cuidados de Saúde

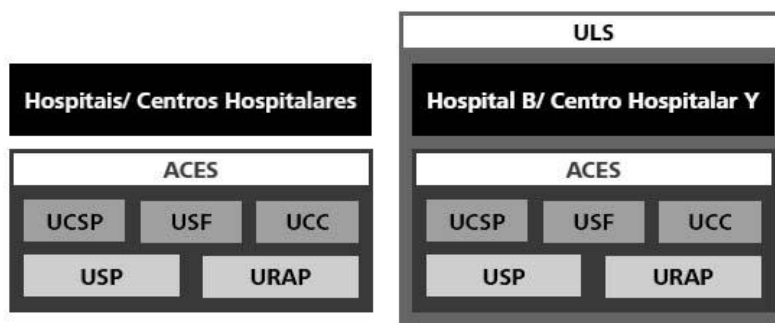


Figura 10: Diferentes tipos de organização dos prestadores de cuidados de Saúde em Portugal.
(Adaptado de Deloitte, 2011).

A forma de financiamento de qualquer instituição influencia a sua estrutura. Neste sentido, também o financiamento é feito de forma global, por capitação ajustada pelo risco, para a população servida por cada ULS, seguindo a fórmula de cálculo definido pela ACSS (ACSS, 2009).

À presente data não existe uma avaliação completa deste modelo organizativo, que contemple as cinco dimensões mais relevantes, nomeadamente, o grau de integração, as melhorias na Saúde, a satisfação dos utentes e dos profissionais e finalmente os resultados económico-financeiros (Deloitte, 2011).

Actualmente a ACSS tem em curso um projecto denominado “Definição de um modelo de acompanhamento da actividade desenvolvida pelas Unidades Locais de Saúde e monitorização da modalidade de pagamento aplicada às Unidades Locais de Saúde em 2009”. É parte integrante do projecto a avaliação do grau de integração das ULS (ACSS, 2010). A metodologia utilizada foi adaptada de Gillies *et al* (1993), avaliando o grau de integração percepcionada em seis dimensões da integração, a saber; clínica; informação; normativa; administrativa; financeira e sistémica. Foram aplicados questionários aos membros dos órgãos de gestão e aos médicos. Dos resultados salienta-se a baixa percepção de integração pelos respondentes, especialmente nas dimensões clínica e de informação. Os médicos dos CSP foram os que revelaram menor percepção de integração. Assim sendo, pode concluir-se que a criação das ULS não significa uma integração de cuidados. A integração parece ser um processo a médio, longo prazo, como comprova a diferença nos resultados deste estudo.

Em Fevereiro de 2011 teve lugar um *Workshop* dedicado ao tema: Unidades Locais de Saúde: Gestão do processo de integração vertical nas Unidades Locais de Saúde (ACSS, 2011). Nele participaram as ULS, a Direcção Geral de Saúde, a Coordenação

Estratégica para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, a Entidade Reguladora da Saúde e a Associação Portuguesa de Economia da Saúde. Concluiu-se que a integração é um processo a médio/longo prazo, apesar de ser possível atingir alguns resultados a curto prazo, nomeadamente nas dimensões administrativa, financeira e sistémica. Para atingir a integração é necessário criar uma estrutura interna dos prestadores centrada nos problemas das populações e não nas divisões administrativas/clínicas dos hospitais e centros de Saúde. Foi também frisada a importância da nomeação da figura do “Gestor da Integração” responsável pela implementação de um programa de acção. Finalmente houve uma chamada de atenção para a inexistência de um sistema de informação que promova uma eficaz e completa circulação da informação entre os vários intervenientes no processo de cuidados.

Tanto quanto foi possível apurar pelo autor, não existem avaliações do impacto da criação das ULS na Saúde, satisfação dos utentes e profissionais, nem ao nível de resultados económico-financeiros.

OBJECTIVOS

1º Objectivo – Quantificar e caracterizar os ICSCA nos distritos seleccionados.

2º Objectivo – Analisar a influência do modelo organizacional dos prestadores no número e tipo de ICSCA.

METODOLOGIA

DESENHO DA INVESTIGAÇÃO

Para atingir os objectivos propostos foi desenhado um estudo observacional analítico longitudinal retrospectivo. Neste foram apurados os ICSCA, segundo a metodologia definida pelo *Canadian Institute for Health Information* (CIHI, 2008), em estudo pelo Alto Comissariado da Saúde (ACS, 2010), em três distritos do Alentejo, no período compreendido entre 2006 e 2010.

As patologias incluídas nesta metodologia são doenças crónicas, em cujo internamento habitualmente resulta de uma descompensação ou agudização da mesma. Uma vez que, pela prestação de cuidados preventivos de ambulatório estes internamentos são evitáveis, a sua ocorrência é um *outcome* indesejado, no contexto da integração vertical.

Nos distritos seleccionados estão patentes duas formas de organização da rede de prestação de cuidados de Saúde, nomeadamente ULS e Hospital+ACES. Desta forma é possível analisar a influência do modelo organizacional sobre o número e características dos ICSCA a partir de duas perspectivas. A primeira permite uma comparação transversal entre diferentes prestadores. A segunda, por o período temporal em análise incluir a criação de duas ULS, permite estudar longitudinalmente o impacto da mudança organizacional no mesmo conjunto população/prestadores.

POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população deste estudo é o conjunto de todas as unidades prestadoras de cuidados de Saúde primários e secundários de Portugal Continental. Foram utilizados como amostra de conveniência as unidades prestadoras de cuidados do Alentejo. A razão da escolha deveu-se em, primeiro lugar, à existência neste território dos dois modelos organizacionais relevantes para o estudo. Em segundo lugar pela facilidade de obtenção de

dados e pelo conhecimento das instituições em causa por parte do orientador do presente trabalho de projecto.

FONTE DOS DADOS

Os dados foram obtidos a partir das bases de dados dos resumos de alta nacionais, dos anos em estudo (2006-2010), cedidas pela ARS Alentejo, referentes apenas aos prestadores da referida ARS.

ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi feita com recurso ao *software* Microsoft Excel® 2007 e PASW® Statistics 18. Para a análise descritiva foram utilizadas as taxas (brutas) de ICSCA, as taxas padronizadas de ICSCA e o número total de ICSCA. Para a análise comparativa foi utilizado o método da diferença das diferenças.

Sendo o número e estrutura etária da população de cada distrito uma importante variável que pode enviesar o resultado, foram calculadas as taxas de ICSCA por 100.000 hab., bem como as taxas de ICSCA padronizadas para a idade. Para o cálculo da taxa de ICSCA foram utilizados os dados da estimativa populacional *ad hoc* para 31 de Dezembro de 2010 do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2011) relativos aos distritos em análise. Para o cálculo da taxa padronizada de ICSCA foi utilizado o método de padronização directa com recurso à população padrão europeia.

O modelo de organização dos cuidados de Saúde não é o único factor variável entre as populações em estudo, de facto existem muitos possíveis vieses e factores de confundimento. Entre os quais destaca-se a idade e o sexo, razão para a utilização de medidas comparativas que ajustem os resultados para essas diferenças, no entanto outros factores não são elimináveis da análise. Por conseguinte, optou-se pela comparação de resultados através do método da diferença das diferenças. Este método permite a análise da variável em estudo pela comparação dos períodos antes e depois da intervenção, entre um grupo de intervenção e um grupo de controlo (Figura 11). A criação legal das ULS foi definida como o momento da intervenção, e foi utilizado como grupo de controlo um conjunto de prestadores não organizados em ULS, de um único distrito. Para melhor definição temporal dos períodos pré e pós-ULS, foram calculados os internamentos e respectivas taxas para períodos trimestrais, sendo posteriormente utilizada na análise a média dos trimestres correspondentes aos períodos pré e pós-ULS.

Método da diferença das diferenças

| | Antes | Depois | Diferenças |
|-------------|-------|--------|-------------|
| Controlo | A | B | A-B |
| Intervenção | C | D | C-D |
| Diferenças | A-C | B-D | (A-B)-(C-D) |

Figura 11: Tabela explicativa do método da diferença das diferenças.

Uma vez que a acção dos prestadores dos cuidados primários de Saúde é o factor determinante para a evicção dos internamentos em estudo, e o acesso a estes é determinado com base no local de residência, os internamentos foram agrupados consoante o distrito de residência do utente. Foram excluídos os internamentos de residentes em outros distritos. Os internamentos dos residentes dos distritos em estudo que ocorreram fora da rede de prestadores referida não foram contabilizados pelo facto de não ter existido acesso às bases de dados nacionais de resumo de alta completas.

O custo para o SNS dos ICSCA foi estimado tendo em conta apenas o preço praticado pelo SNS para cada GDH de internamento, tendo por base a Portaria 839-A/2009.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

A metodologia do *Canadian Institute for Health Information* (CIHI, 2008) estabelece os seguintes critérios para o apuramento dos ICSCA:

- Internamentos cujo código diagnóstico principal segundo a *International Classification of Diseases* (ICD-9CM):
 - Estado de grande mal epiléptico ou outras convulsões epilépticas:
 - 345;
 - Doenças pulmonares obstrutivas crónicas (DPOC):
 - Diagnóstico principal: 491, 492, 494, 496;
 - Diagnóstico principal de infecção do trato respiratório inferior, se um diagnóstico secundário 496 também estiver presente: 466, 480 – 486, 487.0;

- Asma:
 - 493;
- Diabetes:
 - 250.0, 250.1, 250.2, 250.8;
- Insuficiência cardíaca e edema pulmonar (IC & EP)*:
 - 428, 518.4;
 - * excluindo casos submetidos a procedimentos cardíacos.
- Hipertensão arterial (HTA)*:
 - 401.0, 401.9, 402.0, 402.1, 402.9;
 - * excluindo casos submetidos a procedimentos cardíacos.
- Angina*:
 - 411.1, 418.8, 413;
 - * excluindo casos submetidos a procedimentos cardíacos.

Lista de códigos de procedimentos cardíacos para exclusão:

- 336, 35^^, 36^^, 373^, 375^, 377^, 378^, 3794-3798;

Critérios de exclusão:

- Morte antes da alta;
- Indivíduos de idade superior ou igual a 75 anos;
- Categoria de admissão registrada como recém-nascido ou nado-morto.

RESULTADOS

CARACTERIZAÇÃO DOS ICSCA

Foram incluídos no estudo 4.446 internamentos, o que corresponde a 6,27% do total de internamentos (excluindo internamentos por causas cirúrgicas, obstétricas, neonatais, traumáticas e de Saúde mental) no período e distritos em análise. Apurou-se uma assimetria na distribuição por sexos, sendo o masculino predominante com 56,3% dos casos (Anexo 2). Salienta-se a existência de dois picos na distribuição dos internamentos por grupos etários (Gráfico 1). O primeiro, nos grupos etários mais baixos, deve-se essencialmente aos internamentos por asma, sendo mais frequentes nos grupos etários mais avançados os internamentos por causas cardio-respiratórias (Gráfico 2).

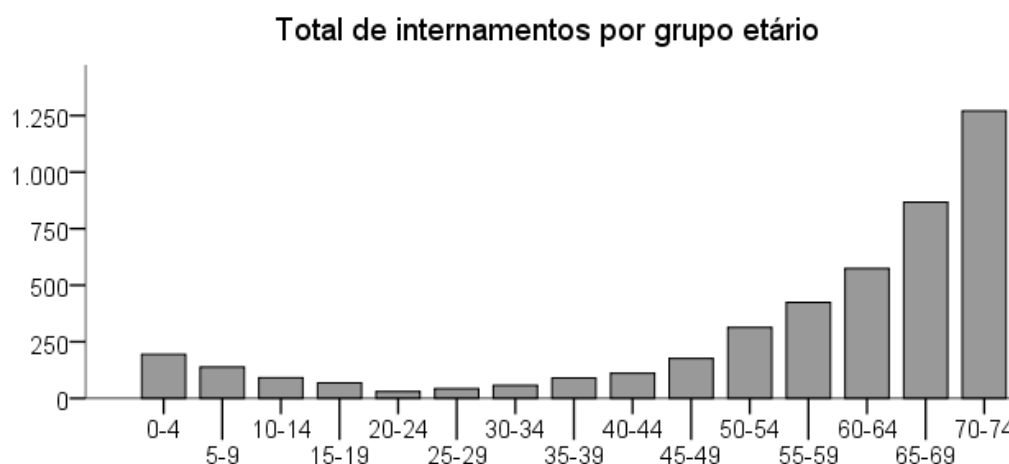


Gráfico 1: Distribuição do número total de internamentos, do período em estudo, por grupo etário.

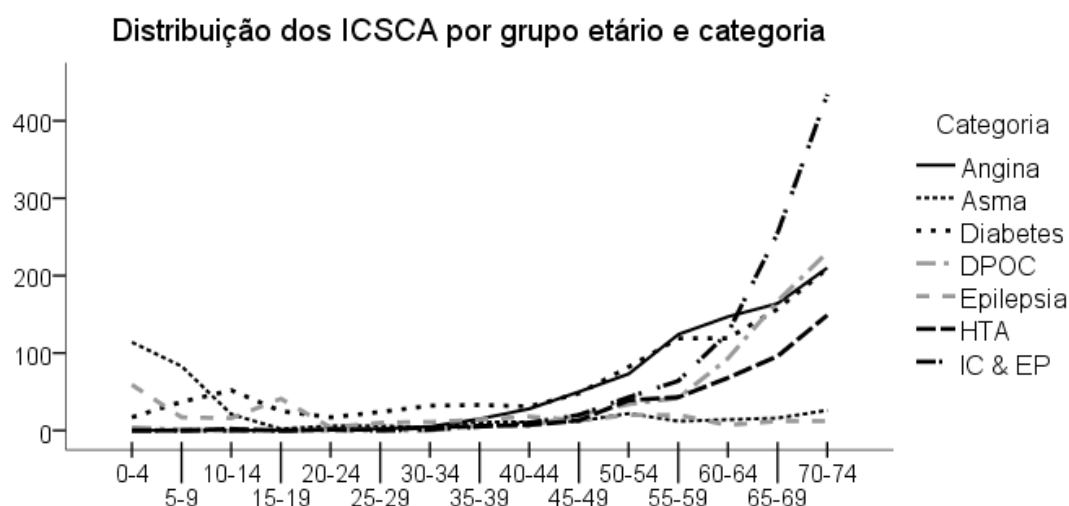


Gráfico 2: Distribuição do número total de ICSCA por grupo etário e categoria de ICSCA.

Durante o período em análise existiram em média 296,4 internamentos anuais, por distrito, sendo a taxa de ICSCA 252,7 int./100.000 hab. As principais causas foram a diabetes, IC & EP e angina (Gráfico 3). A sua evolução é representada no

Gráfico 4. Destaca-se uma descida significativa dos internamentos na ULS 1, a partir da data da sua criação. No distrito da ULS 2 os internamentos subiram no período após a sua criação. Os internamentos no distrito Controlo tiveram também uma diminuição, embora menos pronunciada que na ULS 1.

Distribuição dos ICSCA por categoria

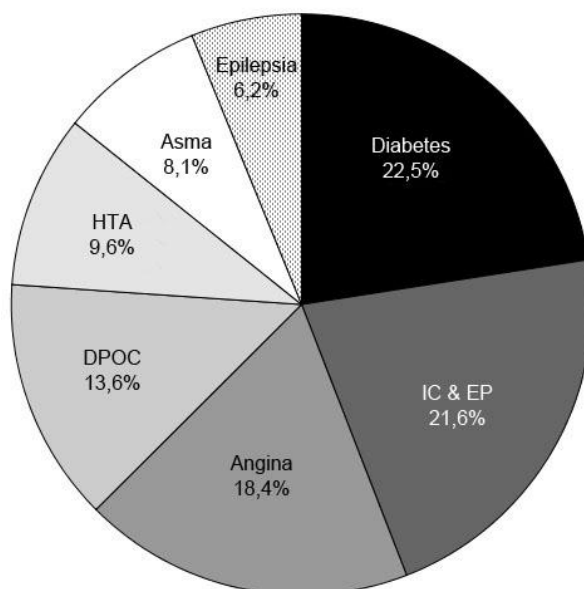


Gráfico 3: Distribuição do total de ICSCA do período em análise por categoria.

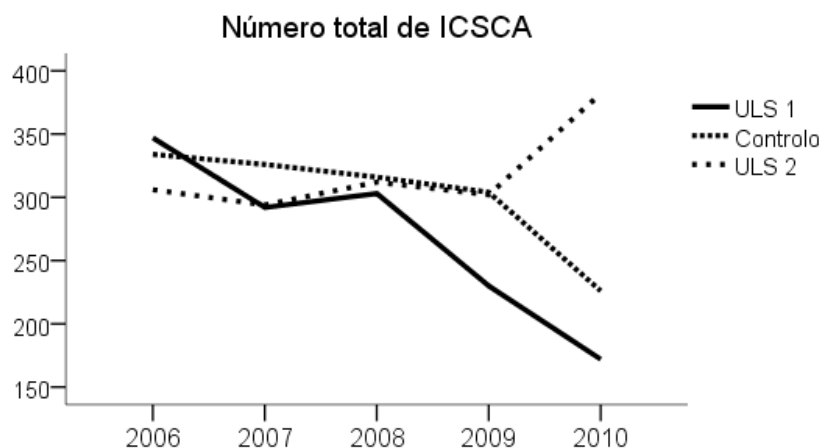


Gráfico 4: Evolução cronológica do número total absoluto de ICSCA por distrito.

Apesar de o número total de internamentos ser da mesma ordem de grandeza, o número de habitantes, com menos de 75 anos, apresenta diferenças significativas de distrito para distrito. Assim sendo o cálculo da taxa de internamento por 100.000 habitantes torna-se necessário para normalizar estas diferenças.

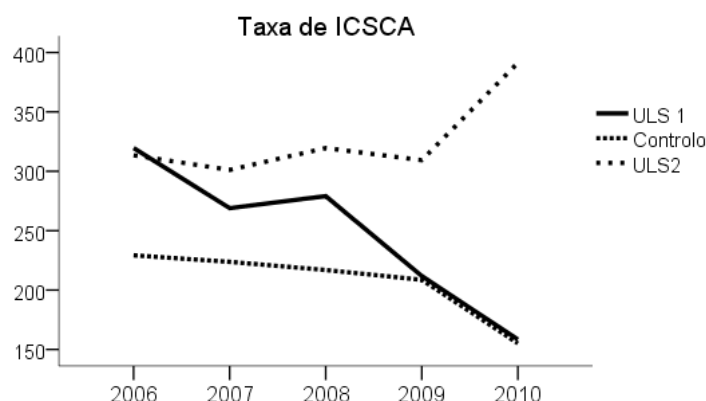


Gráfico 5: Evolução cronológica da taxa de ICSCA por 100.000 hab. por distrito.

Com esta medida a comparação entre os distritos sofre uma alteração. Verifica-se que a taxa de internamentos no distrito Controlo é a mais baixa ao longo do período em estudo, sendo acompanhada a partir de 2009 pela ULS 1. A taxa de internamento da ULS 2 mantém o aumento durante o período em análise.

A estrutura etária da população susceptível aos ICSCA é semelhante nos três distritos, no entanto apresenta diferenças. Para elimina-las foi calculada a taxa padronizada, com recurso ao método directo utilizando a população padrão europeia como referência (Tabela 4).

Estrutura etária das populações em estudo

| | Controlo | ULS 1 | ULS 2 | Padrão |
|----------------|----------|--------|--------|--------|
| Grupos etários | F.R. | F.R. | F.R. | F.R. |
| 0-14 | 15,1% | 15,2% | 14,4% | 22,9% |
| 15-24 | 11,4% | 11,5% | 11,5% | 14,6% |
| 25-64 | 60,9% | 60,8% | 61,0% | 55,2% |
| 65-74 | 12,6% | 12,4% | 13,1% | 7,3% |
| Total | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Tabela 4: Distribuição por grupos etários das populações em estudo (INE, 2011).
(F.R.: frequência relativa).

Este ajustamento resulta em nova modificação dos resultados. Embora a diferença entre os internamentos nos distritos de Controlo e da ULS 1 seja ténue (10,6 e 4.31 int/100.000 hab. respectivamente em 2009 e 2010), o distrito da ULS 1 passa a ter a menor taxa padronizada de ICSCA a partir de 2009 (Gráfico 6).

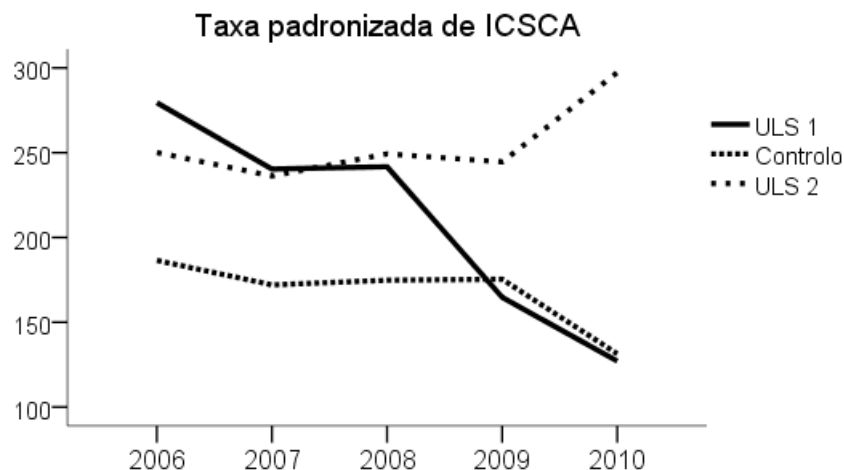


Gráfico 6: Evolução da taxa padronizada de ICSCA por 100.000 hab. por distrito.

Para melhor compreender os resultados apresentados estudou-se qual a evolução da distribuição dos ICSCA (Gráficos 7-9), e respectivas taxas padronizadas, para cada uma das categorias de doença e distritos. Para ganhar especificidade no indicador ao analisar cada patologia separadamente (Caminal, 2001). Neste aprofundamento foi possível constatar que as maiores diferenças foram ao nível dos internamentos por asma e diabetes. A taxa de internamentos por asma na ULS 1 teve uma significativa descida, menos 62.6 int./100.000 hab. (81,2%) entre 2006 e 2010, no entanto, o valor inicial desta taxa era consideravelmente mais alto do que nos restantes distritos em análise (Gráfico 10). Por outro lado, os internamentos por diabetes *mellitus* variaram em sentido oposto nos dois distritos. Na ULS 2 existiu um aumento da taxa de 43,3 int./100.000 hab. (82%), enquanto que na ULS 1, houve uma diminuição de 38,1 int./100.000 hab. (54,9%) (Gráfico 11).

Nas restantes categorias (Gráficos 12-16) as variações não foram tão pronunciadas. Na ULS 1 salienta-se a descida das taxas de internamento por diabetes, epilepsia e insuficiência cardíaca/edema do pulmão, sendo as restantes relativamente estáveis. Na ULS 2, além da referida subida na taxa de internamentos por diabetes, salientam-se outros dois aumentos, nomeadamente nas taxas de internamentos por IC&EP e angina. No sentido descendente evoluíram as taxas de internamento por asma e epilepsia, mantendo-se relativamente constantes as de DPOC e HTA, apesar de esta última, ter tido uma tendência para a descida que foi anulada entre os anos de 2009 e 2010. No distrito de Controlo existiu uma diminuição dos internamentos por angina, mas todas as restantes categorias se mantiveram relativamente estáveis durante o período em análise, excepção feita aos internamentos por IC & EP que, apesar de terem pontos extremos semelhantes, variaram nos anos intermédios.

Evolução da distribuição dos ICSCA por categoria no distrito da ULS 1

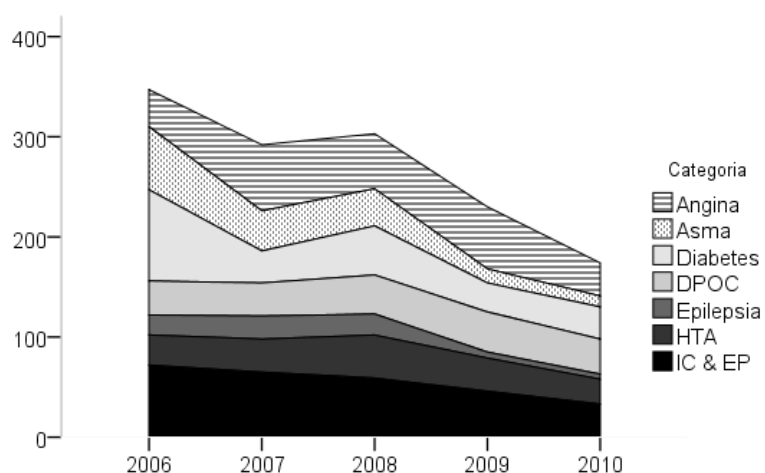


Gráfico 7: Evolução da distribuição do número total de ICSCA por categoria no distrito da ULS 1.

Evolução da distribuição dos ICSCA por categoria no distrito de Controlo

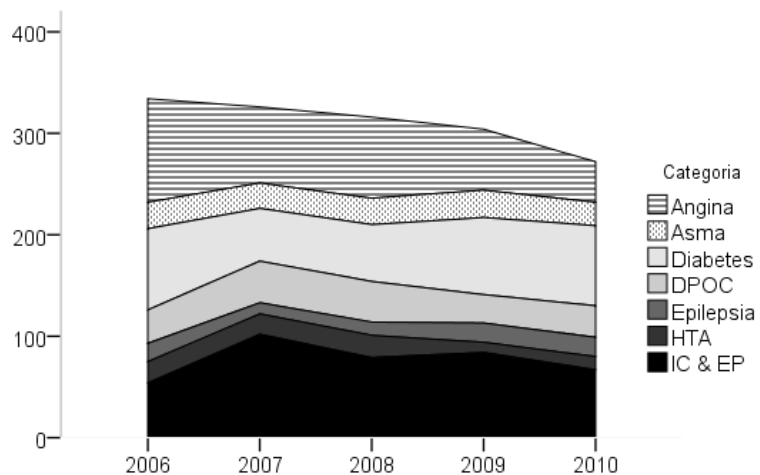


Gráfico 8: Evolução da distribuição do número total de ICSCA por categoria no distrito de Controlo.

Evolução da distribuição dos ICSCA por categoria no distrito da ULS 2

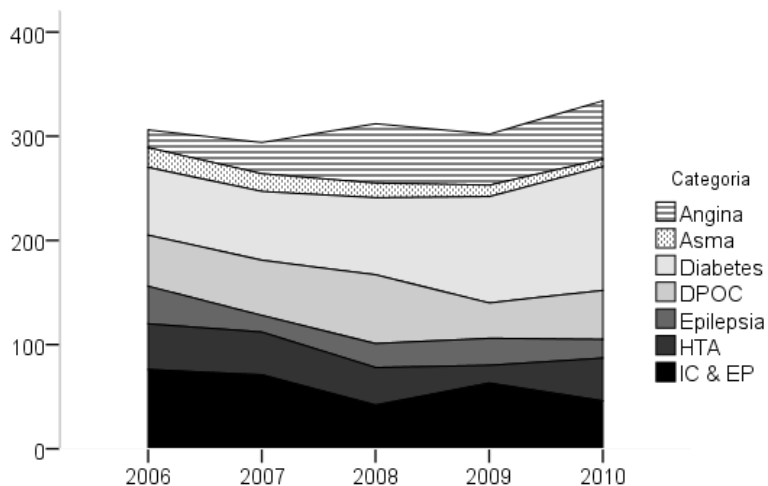


Gráfico 9: Evolução da distribuição do número total de ICSCA por categoria no distrito da ULS 2.

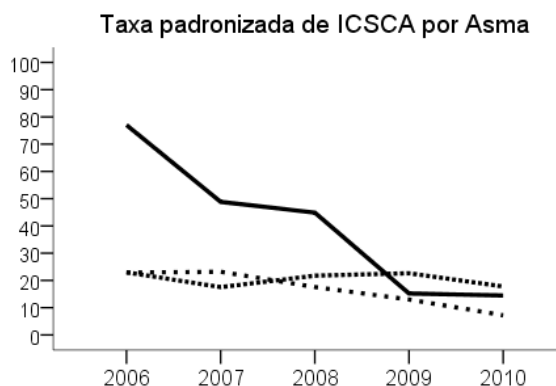


Gráfico 10: Evolução da taxa padronizada de ICSCA por Asma, por 100.000 hab., por distrito.

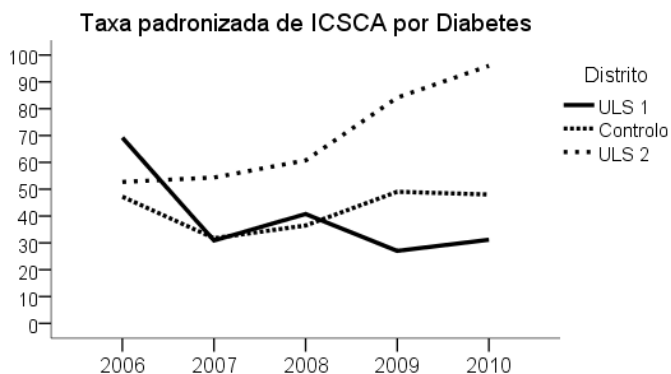


Gráfico 11: Evolução da taxa padronizada de ICSCA por Diabetes, por 100.000 hab., por distrito.

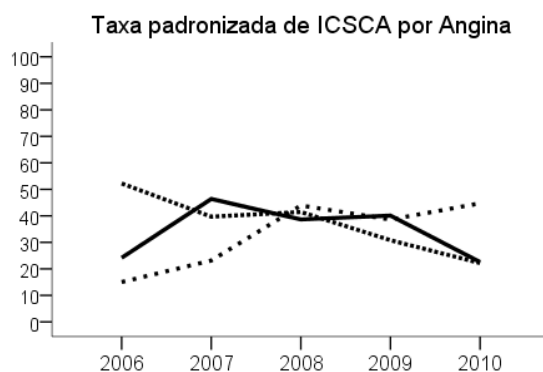


Gráfico 12: Evolução da taxa padronizada de ICSCA por Angina, por 100.000 hab., por distrito.

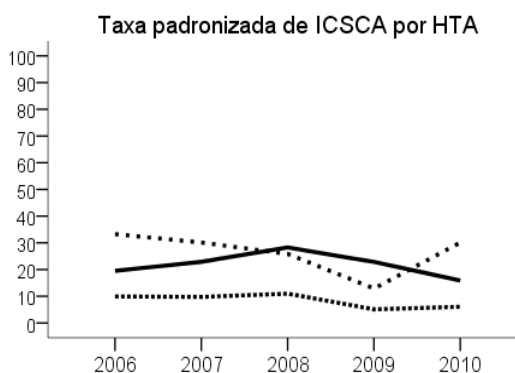


Gráfico 13: Evolução da taxa padronizada de ICSCA por HTA, por 100.000 hab., por distrito.

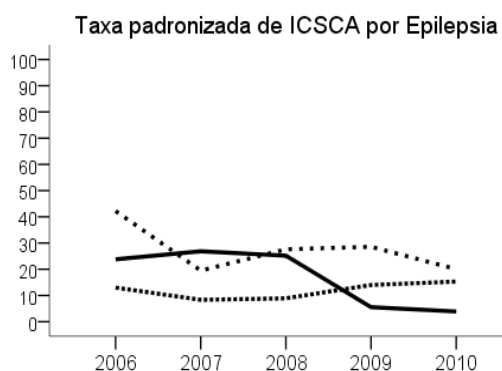


Gráfico 14: Evolução da taxa padronizada de ICSCA por Epilepsia, por 100.000 hab., por distrito.



Gráfico 15: Evolução da taxa padronizada de ICSCA por DPOC, por 100.000 hab., por distrito.

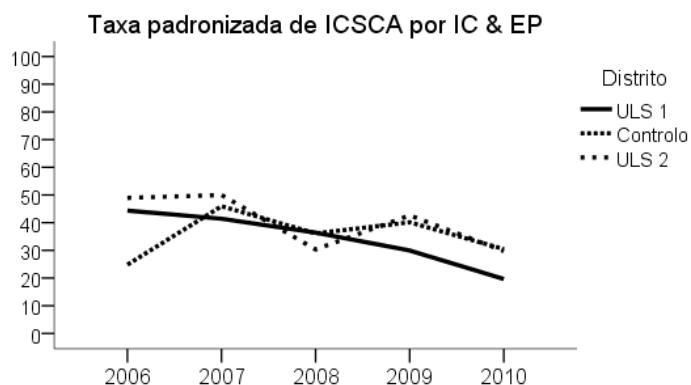


Gráfico 16: Evolução da taxa padronizada de ICSCA por IC & EP, por 100.000 hab., por distrito.

DURAÇÃO DOS ICSCA

A duração dos ICSCA é outra característica importante a analisar. Na Tabela 5 é possível visualizar as principais estatísticas descritivas. A sua distribuição pela duração do internamento está representada no Gráfico 17.

Estatísticas descritivas da duração dos ICSCA

| | Total | ULS 1 | Controlo | ULS 2 |
|---------------|-------|-------|----------|-------|
| N | 4446 | 1346 | 1552 | 1548 |
| Média | 7,86 | 7,70 | 7,24 | 8,61 |
| Mediana | 6 | 5 | 6 | 6 |
| Moda | 2 | 3 | 1 | 2 |
| Desvio Padrão | 8,63 | 8,91 | 6,91 | 9,80 |
| Mínimo | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Máximo | 153 | 153 | 86 | 112 |

Tabela 5: Estatísticas descritivas da duração (em dias) do total dos ICSCA do período em análise.

A demora média dos ICSCA no período em análise (7,86 dias) foi inferior à média nacional, que se situava em 2009 nos 8,2 dias (Ministério da Saúde, 2011). A sua evolução (Gráfico 18) mostrou uma tendência inicial para a diminuição, mais acentuada entre 2006 e 2008. No ano de 2008 na ULS 1 foi atingido o valor mais baixo do período em análise (6,18 dias), no entanto a tendência inverteu-se e nos dois anos seguintes ocorreu um aumento da demora média na ULS 1, acompanhada pela ULS 2 em 2009. No distrito de Controlo a demora média manteve-se relativamente estável, à volta dos 7 dias, após uma diminuição inicial de 2006 para 2007.

Distribuição da duração dos ICSCA

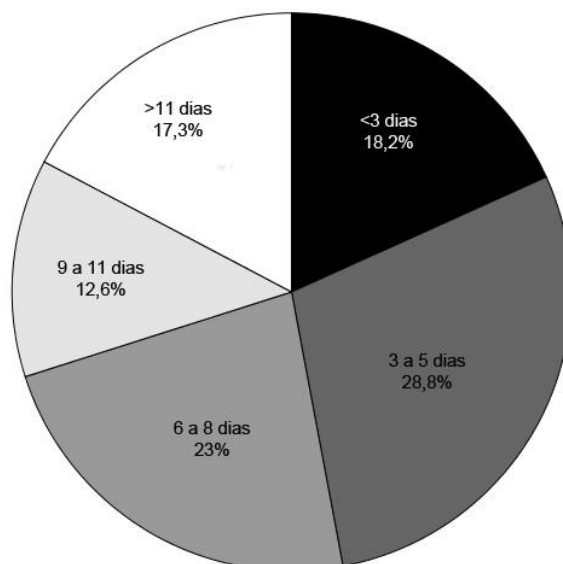


Gráfico 17: Distribuição do total dos ICSCA no período em análise pela duração (em dias).

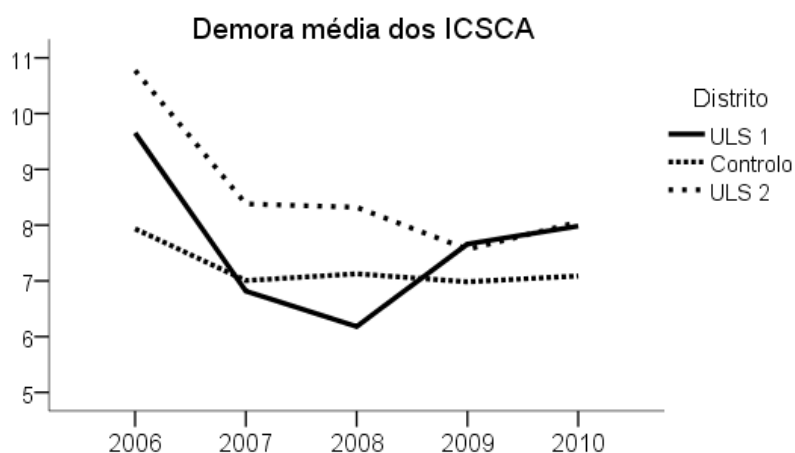


Gráfico 18: Evolução cronológica da demora média (em dias) do total de ICSCA por distrito.

Para compreender quais os internamentos com maior influência nestes resultados, analisou-se a evolução da demora média por categoria de doença. Na ULS 1 (Gráfico 19) destaca-se a diminuição da demora média dos internamentos por diabetes. Os internamentos por DPOC e epilepsia tiveram uma evolução semelhante entre si, existindo uma depressão da linha evolutiva em 2008, eventualmente responsável pelo mínimo absoluto nesse ano. A demora média dos internamentos por IC & EP, angina, asma e HTA não sofreu alterações relevantes. No distrito de Controlo (Gráfico 20) a demora média manteve-se relativamente estável em todas as categorias excepto nos internamentos por diabetes, onde se assistiu a uma diminuição entre 2006 e 2008. Finalmente na ULS 2

(Gráfico 21) existiu uma manutenção relativa da demora média dos internamentos por angina e IC & EP, sendo a evolução diversa nos restantes internamentos. Na categoria asma houve um aumento da demora média e na categoria diabetes a variação foi de sinal contrário. Relativamente à epilepsia verificou-se que nos momentos extremos a variação não foi significativa, mas existiu uma diminuição significativa da demora média em 2008 e 2009. O mesmo se passou na categoria HTA, mas o ano da diminuição foi apenas o de 2009.

Demora média dos ICSCA por categoria na ULS 1

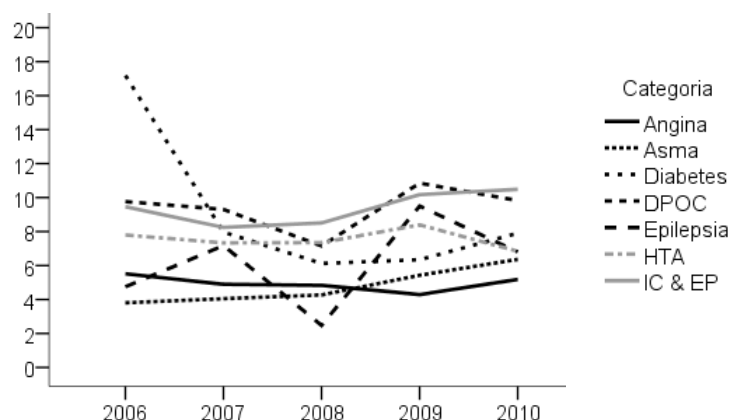


Gráfico 19: Evolução cronológica da demora média (em dias) dos ICSCA no distrito da ULS 1 por categoria

Demora média dos ICSCA por categoria no distrito de Controlo

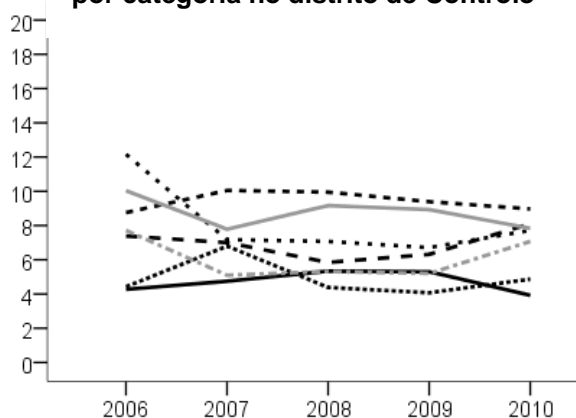


Gráfico 20: Evolução cronológica da demora média (em dias) dos ICSCA no distrito de Controlo por categoria.

Demora média dos ICSCA por categoria na ULS 2

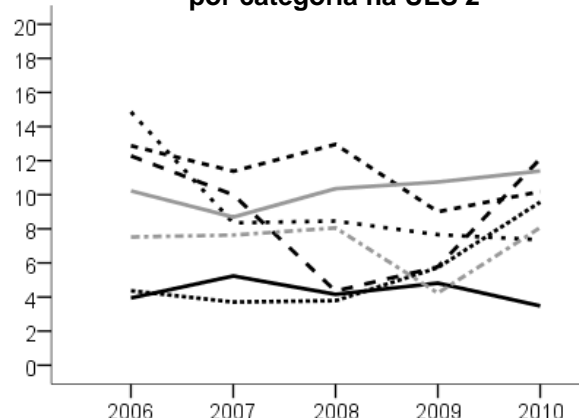


Gráfico 21: Evolução cronológica da demora média (em dias) dos ICSCA no distrito da ULS 2 por categoria.

QUANTO CUSTAM OS ICSCA

Ao longo do período em análise o custo para o SNS dos ICSCA diminuiu de 2,54 M€ em 2006 para 1,85 M€ em 2010, verificando-se que as categorias que mais contribuem para estes valores foram a IC & EP, diabetes e angina (Gráfico 22). Os internamentos mais caros, em média, são os motivados por IC & EP, seguidos pelos causados por angina, HTA, diabetes e DPOC (Gráfico 23).

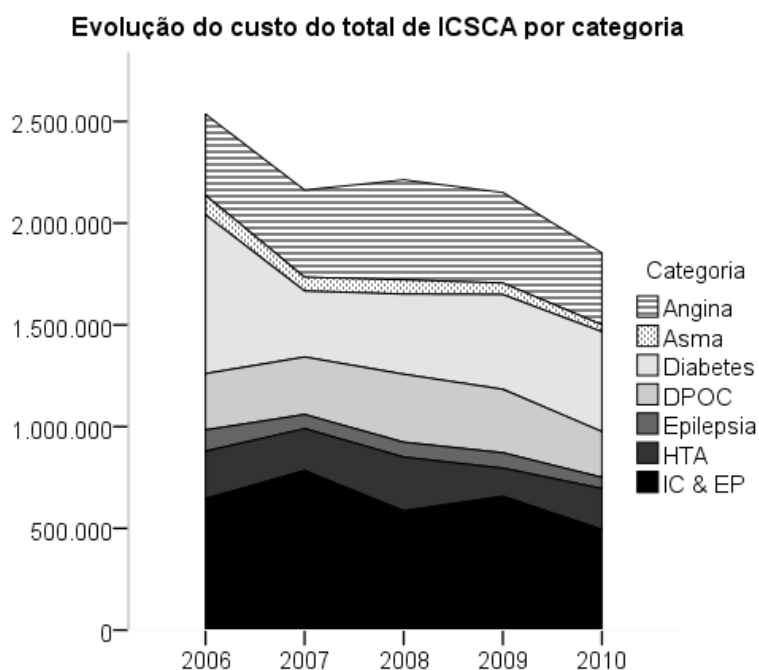


Gráfico 22: Evolução do custo para o SNS (em €) dos ICSCA nos distritos em análise. (apurado com base no preço por GDH definido na Portaria 839-A/2009).

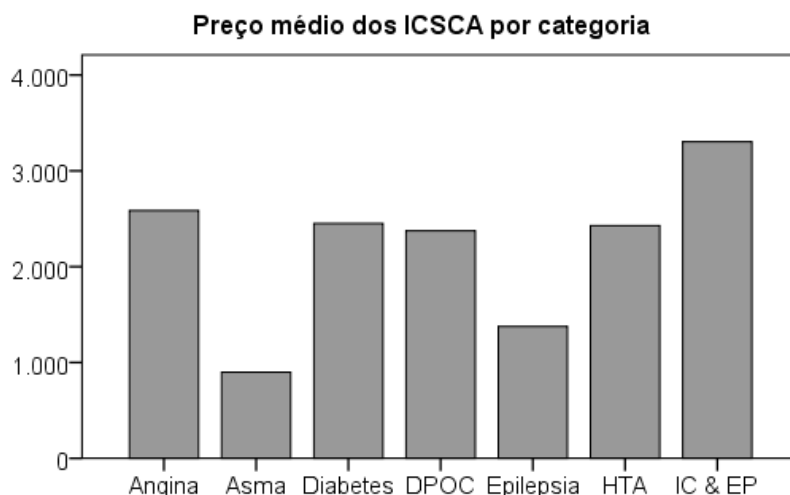


Gráfico 23: Preço médio dos ICSCA por categoria.

Evolução do custo dos ICSCA por categoria no distrito da ULS 1

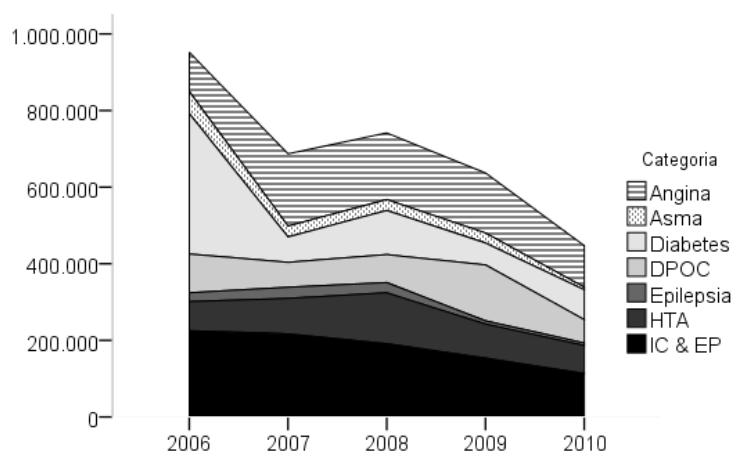


Gráfico 24: Evolução do custo total dos ICSCA por categoria no distrito da ULS 1.

Evolução do custo dos ICSCA por categoria no distrito de Controlo

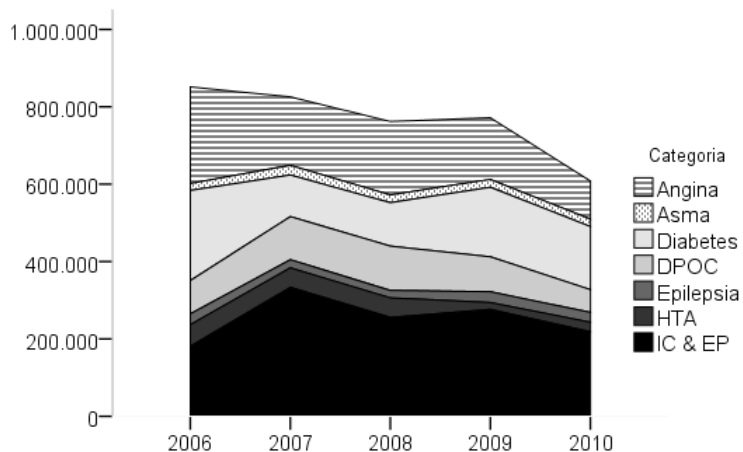


Gráfico 25: Evolução do custo total dos ICSCA por categoria no distrito de Controlo.

Evolução do custo dos ICSCA por categoria no distrito da ULS 2

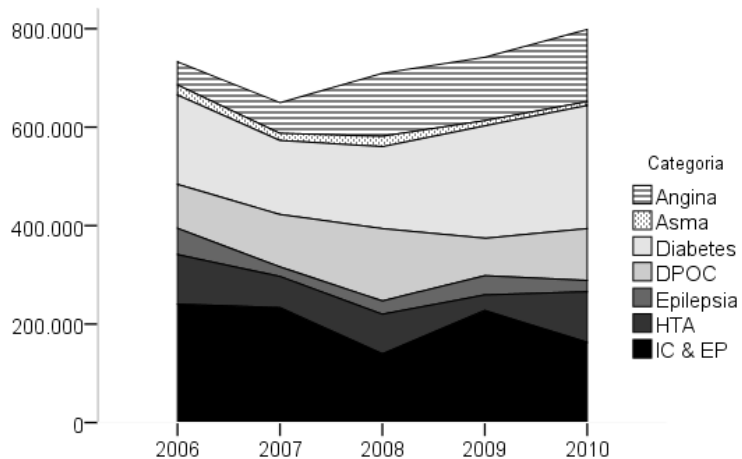


Gráfico 26: Evolução do custo total dos ICSCA por categoria no distrito da ULS 2.

Na ULS 1 assistiu-se a uma diminuição do custo total para o SNS na ordem dos 53%, correspondendo a cerca de meio milhão de euros. Esta diminuição do custo é visível sobretudo nos internamentos por diabetes e IC & EP (

Gráfico 24). No distrito de Controlo também houve uma diminuição do custo total dos ICSCA, embora menos expressiva, foram menos 243.257€ que correspondem a uma diminuição de 28,6%. Os internamentos por angina são os que têm resultados mais visíveis, sendo que os restantes mantêm-se relativamente constantes ou sofreram um ligeiro aumento, como os motivados por IC & EP. Na ULS 2 ocorreu um aumento do custo total para o SNS de cerca de 65.753€, correspondendo a mais 8,9% de gastos. O aumento é notório nas categorias de diabetes e angina.

COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS

A questão fundamental do presente trabalho é a avaliação do impacto da criação das ULS nos ICSCA. Sendo um internamento hospitalar pelas patologias seleccionadas um *outcome* indesejado, uma vez que pode ser prevenido por cuidados ambulatoriais, uma diminuição da sua ocorrência significa uma mudança no sentido desejado, em contexto de integração vertical cuidados. Assim sendo, importa comparar a diferença entre os períodos pré e pós-ULS, aferindo-a por um caso controlo sem alteração da estrutura organizativa.

Analisando as alterações no distrito da ULS 1 constatou-se que a diferença entre a média das taxas padronizadas de internamento dos dois períodos saldou-se numa redução de 106,88 int./100.000 hab (42,2%). Em igual período no distrito de Controlo existiu uma redução de 13,54 int./100.000 hab. (7,6%). O resultado final significa que após a criação da ULS 1, foram evitados em média mais 93,34 int./100.000 hab (36%) (Tabela 6).

No distrito da ULS 2, a diferença entre o período pré e pós-ULS saldou-se numa diminuição de 2,55 int./100.000 hab. (1%). Em igual período, no distrito de Controlo, a diminuição da média da taxa padronizada foi de 20,16 int./100.00 hab.(10,8%), sendo superior à da ULS 2. Por conseguinte, após a criação da ULS 2, foram evitados em média menos 17,63 int./100.000 hab.(7%), em comparação com o distrito de Controlo (Tabela 7).

Diferença na Taxa padronizada de ICSCA

| | Pré-ULS | Pós-ULS | |
|----------|---------|---------|---------------|
| Controlo | 178,84 | 165,3 | 13,54 |
| ULS 1 | 259,21 | 152,33 | 106,88 |
| | -80,37 | 12,97 | -93,34 |

Tabela 6: Diferença das diferenças da média da Taxa padronizada de ICSCA entre os distritos de Controlo e da ULS1 nos períodos pré e pós-ULS.

Diferença na Taxa padronizada de ICSCA

| | Pré-ULS | Pós-ULS | |
|----------|---------|---------|--------------|
| Controlo | 186,86 | 166,7 | 20,16 |
| ULS 2 | 249,85 | 247,3 | 2,55 |
| | -62,99 | -80,6 | 17,61 |

Tabela 7: Diferença das diferenças da média da Taxa padronizada de ICSCA entre os distritos de Controlo e da ULS 2 nos períodos pré e pós-ULS.

Para detalhar as razões para os resultados referidos estudou-se, pelo mesmo método, as diferenças para cada categoria de patologias (

Gráfico 27). Apenas nas categorias de angina e DPOC foram evitados mais internamentos no distrito de Controlo do que na ULS 1 (22,25 int./100.000 hab. e 7.2 int./100.00 hab. respectivamente). Na comparação entre a ULS 2 e o distrito de Controlo, no último também foram evitados mais internamentos nas mesmas categorias, no entanto, nos internamentos por angina, a diferença foi duas vezes maior (44,79 int./100.000 hab.). A esta somou-se a diferença nos internamentos por diabetes, sendo que foram evitados mais 22,52 int./100.000 hab. no distrito de Controlo.

Diferença das Diferenças (taxa padronizada de ICSCA)

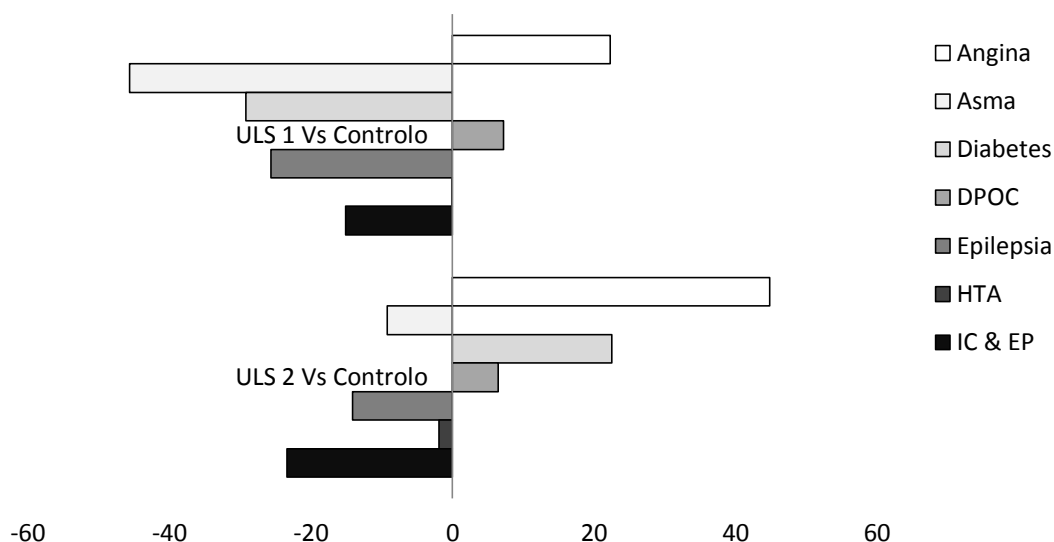


Gráfico 27: Diferença das diferenças na taxa padronizada de ICSCA por categoria.

DISCUSSÃO

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Foram propostos dois objectivos para este trabalho. O primeiro foi quantificar e caracterizar os ICSCA, sendo o segundo analisar a influência do modelo organizacional dos prestadores nos ICSCA.

A percentagem de ICSCA encontrada foi inferior ao descrito por Sanchez (2008) no Canada. Esta comparação não permite, no entanto, tirar conclusões devido à diferença entre as realidades. O raciocínio é validado, por exemplo, com as diferenças encontradas nos pesos relativos das várias patologias. Enquanto no Canada a DPOC assume grande destaque, em Portugal, a Diabetes, IC & EP e Angina são responsáveis por mais de metade dos internamentos. Apesar de tudo as questões levantadas por esta comparação são muito interessantes. Será que em Portugal existe um melhor acesso aos CSP? Será esta diferença explicada por uma cultura pró-internamento dos hospitais canadianos? Ou serão as prevalências das doenças muito diferentes?

Conforme o esperado, encontrou-se uma assimetria entre os sexos, com mais internamentos no sexo masculino, e dois picos de frequência (Gröne e Garcia-Barbero, 2001), um nos grupos etários mais idosos e outro para os utentes com menos de 15 anos (Caminal, 2001; Rizza, 2007). Também as causas desses internamentos vão ao encontro do evidenciado na literatura, nomeadamente no que se refere à transição epidemiológica.

A principal análise do presente trabalho refere-se à evolução da taxa padronizada de ICSCA. As conclusões são mistas, uma vez que as duas ULS tiveram comportamentos opostos. Ambas tinham á partida taxas mais elevadas que o distrito de Controlo, assistiu-se a uma marcada diminuição da taxa após a criação da ULS 1. Em 2009 e 2010 a ULS 1 passou a ter a menor taxa de ICSCA dos distritos estudados. Por outro lado, na ULS 2, aconteceu uma subida dos internamentos, ao invés do desejável. Ao analisar a diferença das diferenças confirma-se que após a criação da ULS 1 evitaram-se, em média, 36% mais internamentos. Por seu turno, na ULS 2, houve um acréscimo de 7% na taxa de internamento.

Detalhando a análise por categoria de doença verifica-se que as categorias determinantes para os resultados foram a diabetes, asma e angina. Os internamentos por asma na ULS 1 foram reduzidos em 81,2%. Na diabetes a evolução dos internamentos teve sentido contrário. Na ULS 1 houve uma diminuição de cerca de 54,9%, mas na ULS 2 houve

um aumento de 82%. Também nos internamentos por angina houve um aumento de 204% na ULS 2.

As razões para estas variações podem ser de vária ordem. Os factores socio-económicos, demográficos, epidemiológicos e ligados aos prestadores (CSP e Hospitais) são apontados como influenciadores dos ICSCA. Não é expectável que os factores socio-económicos e geográficos tenham sofrido alterações que expliquem estes resultados. Os factores demográficos foram tidos em conta na padronização dos resultados. Restam então as alterações epidemiológicas e/ou ligadas aos prestadores para explicar as variações. De facto o acesso aos CSP ou a prática hospitalar poderão ser explicativos. Por exemplo, a criação de unidades funcionais dedicadas ao tratamento particular de uma patologia pode ter influência nos resultados. No entanto, estas hipóteses necessitam de investigação aprofundada.

Outra análise importante é a comparação entre os resultados das ULS e os prestadores organizados tradicionalmente (Hospital + ACES). No início do período em análise os resultados do distrito de Controlo foram melhores que os das ULS. Após a sua criação apenas a ULS 1 conseguiu melhorar as taxas dos ICSCA passando a ter valores sobreponíveis aos do distrito de Controlo. Significa portanto que, apesar da melhoria, a ULS 1 não apresenta resultados significativamente melhores do que os prestadores organizados tradicionalmente do distrito de Controlo. Uma vez mais o carácter reduzido da amostra não permite generalizações.

A demora média dos ICSCA depende sobretudo da organização interna dos hospitais. Nesse sentido, a criação das ULS parece ter tido influência na redução da demora média, que era excessiva, nos distritos das ULS. No entanto, no distrito de Controlo a demora média foi inferior à das ULS, e mais constante durante o período em análise. Uma vez mais, apesar de melhorar os resultados, a criação das ULS não parece, para já, ser o suficiente para atingir melhores resultados do que os prestadores organizados tradicionalmente.

A ausência de padrão nos resultados deste estudo reforça a ideia de que cada experiência de integração tem as suas particularidades. Para elucidar com maior clareza o impacto das ULS nos ICSCA seria recomendável alargar este estudo à totalidade das ULS portuguesas. Também será desejável aprofundar o estudo sobre os factores influenciadores dos internamentos. Do lado da procura, caracterizar os seus indicadores socioeconómicos, a sua distribuição geográfica e proximidade aos hospitais, bem como a prevalência das doenças em estudo. Neste campo poderá ter especial interesse diminuir a unidade de observação à dimensão do município. Do lado da oferta será fundamental avaliar a

acessibilidade aos CSP, através da taxa de cobertura dos médicos de família e da utilização dos mesmos pela população.

DISCUSSÃO METODOLÓGICA

Surgiram várias questões metodológicas durante a elaboração do presente trabalho.

Em primeiro lugar, é utilizada uma fonte secundária dos dados. A credibilidade dos mesmos não é posta em causa, mas deve ter-se em conta que a codificação dos resumos de alta é realizada por diferentes codificadores, podendo ser uma fonte de viés.

A utilização da estimativa *ad hoc* do INE para a população em 2010 é tida como uma limitação do estudo, por ser menos robusta que a informação censitário. À data de conclusão do estudo ainda não estão acessíveis os dados do Censos 2011, nomeadamente, com a estratificação por grupos etários com pormenor suficiente.

Pelo facto de apenas ter existido acesso à base de dados de resumos de alta dos prestadores de cuidados da ARS do Alentejo, não foi possível analisar os internamentos de todos os residentes nos distritos em análise. Os internamentos ocorridos nas unidades

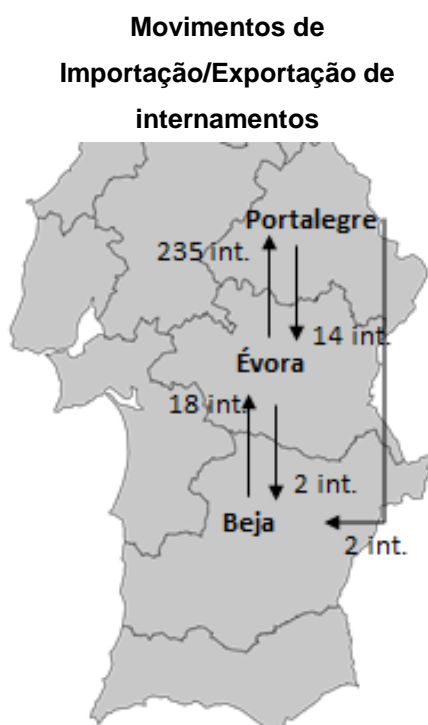


Figura 12: Movimentos de Importação e Exportação de internamentos durante o período em análise.

hospitalares fora da ARS do Alentejo não foram contabilizados. Entre os distritos em análise foram encontrados movimentos de importação/exportação de internamentos (Figura 12). O mais relevante é a exportação de 235 internamentos de Évora para Portalegre (5,3% de todos os int.), destes, 79 utentes eram residentes no conselho de Vila Viçosa, 62 no concelho de Borba, 41 no concelho do Alandroal e 41 no concelho de Estremoz. Destes concelhos é mais perto e/ou rápido fazer-se a deslocação para o hospital de Elvas, do que para o de Évora.

Finalmente, a lista de ICSCA utilizada não está validada para Portugal. De facto esse passo é fundamental para garantir a especificidade e sensibilidade desta perspectiva de avaliação (Caminal, 2001), pois as capacidades e papéis dos prestadores dos CSP variam de realidade para realidade.

CONCLUSÃO

A integração de cuidados de Saúde é apontada como uma das soluções para lidar com as pressões epidemiológicas, demográficas e económicas do presente e futuro. No entanto o seu conceito teórico necessita de maior clareza. As ferramentas para a sua implementação estão razoavelmente estudadas, bem como a sua efectividade, no entanto a medição do grau de integração e dos seus resultados necessita de maior estudo.

Um dos conceitos fundamentais da integração de cuidados é a mudança do paradigma de tratamento da doença aguda para a sua prevenção e controlo ao nível dos cuidados primários de Saúde. A medição dos ICSCA é uma forma indirecta de avaliar essa mudança, além de reflectir a acessibilidade aos CSP.

Ao utilizar esta metodologia para avaliar o impacto da criação das ULS em Portugal, encontraram-se resultados mistos. A criação da ULS 1 parece ter causado uma diminuição significativa na taxa padronizada de ICSCA, no entanto na ULS 2 encontrou-se um aumento da referida taxa. Para apurar as causas destas variações torna-se necessário um estudo mais aprofundado, não só alargando a amostra, como detalhando os factores influenciadores dos ICSCA. Para garantir a sensibilidade e especificidade deste indicador será necessário validar a lista de ICSCA mais adequada para Portugal.

Para a completa avaliação da prestação das ULS será necessário integrar os resultados ao nível do impacto na Saúde com a medição do grau de integração, a avaliação da sua performance financeira e a satisfação dos seus profissionais e utentes.

BIBLIOGRAFIA

AGABITI, N. *et al* – Income level and chronic ambulatory care sensitive conditions in adults: a multicity population-based study in Italy. **BMC Public Health**. 9 : 457 (2009).

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY - AHRQ Quality Indicators – Guide to Prevention Quality Indicators: Hospital Admission for Ambulatory Care Sensitive Conditions. 4th rev. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2004.

AHGREN, B.; AXELSSON, R. – Evaluating integrated health care: a model for measurement. **International Journal of Integrated Care**. 5 (August 2005).

ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE – Calculo de Internamentos Evitáveis por Prevenção Primária e Internamentos por Causas Sensíveis a Cuidados de Ambulatório. [Em linha]. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde – Gabinete Técnico do PNS 2011-2016, 2010 [Consult. 19 Nov. 2011]. Disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt/pns2012-2016/files/2010/08/cie2.pdf>

ANSARI, Z.; BARBETTI, T.; CARSON, N.; AUCKLAND, M.; CICUTTINI, F. – The Victorian ambulatory care sensitive conditions study: rural and urban perspectives. **Social and Preventive Medicine**. 48 : 1 (2003) 33-43.

ARMITAGE, G.; SUTER, E.; OELKE, N.; ADAIR, C. – Health systems integration: state of the evidence. **International Journal of Integrated Care**. 9 (17 June 2009).

BERMÚDEZ-TAMAYO, C.; MÁRQUEZ-CALDERON, S.; AGUILA, M.; LÓPEZ, E.; ESPINOSA, J.- Organizational characteristics of primary care and hospitalization for the main ambulatory care sensitive conditions. **Aten Primaria**. 33 : 6 (15 April 2004) 305-11.

BILLINGS, J. *et al* – Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. **Health Aff**. 1 (1993) 162-73.

BOSTON CONSULTING GROUP. - The Changing Environment for US Pharmaceuticals. Boston: The Boston Consulting Group, 1993.

BROWN, A. *et al* – Hospitalization for Ambulatory Care sensitive Conditions: A Method for Comparative Access and Quality Studies Using Routinely Collected Statistics. **Canadian Journal of Public Health**. 92 : 2 (March – April 2001) 155 – 9.

BROWN, M.; McCOOL, B. - Vertical integration: exploration of a popular strategic concept. **Health Care Management Review**. 11 : 4 (1986) 7-19.

BYRNE, M.; ASHTON, C. - Incentives for vertical integration in healthcare: the effect of reimbursement systems. **Journal of Healthcare Management**. 44 : 1 (1999) 34-46.

CAMINAL, J.; STARFIELD, B.; RUIZ, E.; PÉREZ, E.; MATEO, M. – La Atención Primaria de Salud y las hospitalizaciones por Ambulatory Care Sensitive Conditions en Cataluña. **Ver Clín Esp**. 201 (2001) 501-7.

CAMINAL, J.; STARFIELD, B.; SÁNCHEZ, E.; CASANOVA, C.; MORALES, M. – The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. **Eur J Public Health**. 14 (2004) 246-51.

CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION - Technical Note: Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC). [Em linha]. Ottawa: Canadian Institute for Health Information, 2008 [Consult. 20 Nov. 2011]. Disponível em: http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/en/document/health+system+performance/indicators/health/tech_acsc_2011

CONRAD, D.; SHORTELL, S. - Integrated health systems: promise and performance. **Frontiers of Health Services Management**. 13 : 1 (1996) 3-40.

DAVIES, G.P. *et al* – Coordinating primary health care: an analysis of the outcomes of a systematic review. **Med J Aust**. 188 – 8 Suppl (April 2008) S65-8.

DECRETO-LEI nº 207/1999 D. R. 1ª série-A. 133 (09-06-1999) 3258 – Cria a Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

DECRETO-LEI nº 50-B/2007 D. R. 1ª série. 42 (28-02-07) 1414 – Cria a Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano.

DECRETO-LEI nº 183/2008 D. R. 1ª série. 171 (04-09-2008) 6225 – Cria a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, Guarda e Alto Minho.

DECRETO-LEI nº 318/2009 D. R. 1ª série. 212 (02-11-2009) 8310 – Cria a Unidade Local de Saúde de Castelo Branco.

DECRETO-LEI nº 67/2011 D. R. 1ª série. 107 (02-06-2011) 3032 – Cria a Unidade Local do Nordeste (Trás-os-Montes).

DELOITTE – Saúde em análise: Uma visão para o futuro. [Em linha]. Lisboa: Deloitte, Public Sector, Life Sciences & Healthcare, 2011. [Consult. 24 Apr. 2012]. Disponível em [http://www.deloitte.com/assets/Dcom-Portugal/Local%20Assets/Documents/PSLSHC/pt\(pt\)_lshc_saudeemanalise_04022011.pdf](http://www.deloitte.com/assets/Dcom-Portugal/Local%20Assets/Documents/PSLSHC/pt(pt)_lshc_saudeemanalise_04022011.pdf)

DONABEDIAN, A. - Explorations in Quality Assessment and Monitoring, Volume I. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Ann Arbor: Health Administration Press; 1980.

DONOHUE, M. *et al* - Reasons for outpatient referrals from generalists to specialists. **Journal of General Internal Medicine**. 14 : 5 (1999) 281-6.

DUFFY, J. - Information technology needs for integrated delivery systems. **Healthcare Financial Management**. 50 : 7 (1996) 30-1.

EDGREN, L. – The meaning of integrated care: a systems approach. **International Journal of Integrated Care**. 8 (23 October 2008).

GANDHI, T. *et al* - Communication breakdown in the outpatient referral process. **Journal of General Internal Medicine**. 15 : 9 (2000) 626-31.

GILLIES, R.; SHORTELL, S.; ANDERSON, D.; MITCHELL, J.; MORGAN, K. – Conceptualizing and measuring integration: findings from the health systems integration study. **Hospital and Health Services Administration**. 38 : 4 (1993) 467-89.

GRÖNE, O.; GARCIA-BARBERO, M.- Integrated care: A position paper of the WHO European office for integrated health care services. **International Journal of Integrated Care**. 1 : 1 (June 2001).

HOSSAIN, M.; LADITKA, J. – Using hospitalization for ambulatory care sensitive conditions to measure access to primary health care: an application of spatial structural equation modeling. **International Journal of Health Geographics**. 8 : 51 (28 August 2009).

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA: Estimativas Anuais da População Residente - 2010 [Em linha]. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2011. [Consult. 11 Apr. 2011]. Disponível em: www.ine.pt

KAPLAN, R.; NORTON, D. – The balanced scorecard – measures that drive performance. **Harvard Business Review**. 70 (Jan-Feb 1992) 71-9.

KAPLAN, R.; NORTON, D. – Putting the balanced scorecard to work. **Harvard Business Review**. 71 (Sep 1993) 134-47.

LEATT, P., PINK, G., GUERRIERE, M. - Towards a Canadian model of integrated healthcare. **Healthcare Papers**. 2 (2000) 13-35.

LING, T.; BARDSLEY, M.; ADAMS, J.; LEWIS, R.; ROLAND, M. – Evaluation of UK Integrated Care Pilots: research protocol. **International Journal of Integrated Care**. 10 (27 Sep 2010).

MAGAN, P.; OTERO, A.; ALBERQUILLA, A.; RIBERA, J. – Geographic variations en avoidable hospitalizations in the elferly, in a health system with universal coverage. **BMC Health Services Research**. 8 : 42 (2008).

MARRIAM, C. - Webster's Revised Unabridged Dictionary. New Jersey: Micra, Inc. of Plainfield; 1998.

MENEC, V.; SIRSKI, M.; ATTAWAR, D.; KATZS, A. – Does continuity of care with a family physician reduce hospitalizations among older adults? **Journal of Health Services Research & Policy**. 11 : 4 (2006) 196-201.

MILLMAN, M.; Access to health care in America. Ed. Washington DC: Institute of Medicina, National Academy Press, 1993.

MOHR, J. *et al* – Improving safety on the front lines: the role of clinical microsystems. **Quality and safety in health care**. 12 (2002) 45-50.

NEDEL, F.; FACCHINI, L; BASTOS, J.; MARTÍN-MATEO, M. – Conceptual and methodological aspects in the study of hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. **Ciência e Saúde Colectiva**. 16 – Supl 1 (2011) 1145-54.

NELSON, E.*et al* – Microsystems in health care: part1: Learning from high-performing front-line clinical units. **The Joint Commission Journal on Quality Improvement**. 28 : 9 (Sep 2002) 472-93.

PIRANI, M. *et al* – Potentially avoidable hospitalization in Bologna 1997-2000: temporal trend and differences by income level. **Epidemiol prev**. 3 (May 2006) 169-77.

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE: Indicadores e Metas do PNS. [Em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde, 2011. [Consult. 11 Nov. 2011]. Disponível em: <http://impns.dgs.pt/sistema-de-saude/demora-media-em-internamento-hospitalar/>

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE: Portaria 839-A/2009 D.R. 1ª Série 147 (31/07/2009) 4978 – Aprova a tabela de preços a praticar pelo SNS.

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. ACSS – Definição de um modelo de acompanhamento da actividade desenvolvida pelas Unidades Locais de Saúde: Relatório III – Estudo sobre o Grau de Integração de Organizações de Saúde. [Em linha]. Lisboa:

Administração Central dos Serviços de Saúde, 2010. [Consult. 22 Nov 2011]. Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/EGIOS_VersFinalAnon_26_10_2010.pdf

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. ACSS – Unidades Locais de Saúde: modalidades de pagamento. Lisboa: Administração Central dos Serviços de Saúde, 2009.

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. ACSS – *Workshop* Unidades Locais de Saúde: Gestão do processo de integração vertical nas Unidades Locais de Saúde. [Em linha]. Lisboa: Administração Central dos Serviços de Saúde, 2011. [Consult. 22 Dez 2011]. Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/2011_Fev_27_Nota%20sintese%20e%20conclus%C3%B5es.pdf

RIZZA, P.; BIANCO, A.; PAVIA, M.; ANGELILLO, F. – Preventable hospitalization and access to primary health care in an area of Southern Italy. **BMC Health Services Research**. 7 : 134 (30 August 2007).

ROOS, L.; WALLD, R.; UHANOVA, J.; BOND, R. – Physician Visits, Hospitalizations, and Socioeconomic Status: Ambulatory Care Sensitive Conditions in a Canadian Setting. **Health Services Research**. 40 : 4 (2005) 1167- 85.

ROSANO, A. *et al* – The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review. [Em linha] **Eur J Public health**. (2012) [Consult. 20 Jun. 2012]. Disponível em: <http://eurpub.oxfordjournals.org/search?submit=yes&fulltext=The+relationship+between+avoidable+hospitalization+and+accessibility+to+primary+care%253A+a+systematic+review.&x=0&y=0>

SANCHEZ, M.; VELLANKY, S.; HERRING, J.; LIANG, J.; JIA, H. – Variations in Canadian Rates of Hospitalization for Ambulatory Care Sensitive Conditions. **Healthcare Quarterly**. 11 : 4 (2008) 20-2.

SANTANA, R.; COSTA, C.; MARQUES, P.; LOPES, S. - Definição de um modelo de acompanhamento da actividade desenvolvida pelas Unidades Locais de Saúde: Relatório I – Revisão da literatura. [Em linha]. Lisboa: Administração Central dos Serviços de Saúde, 2010. [Consult. 22 Nov 2011]. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Relat%C3%B3rio%20I%20Revis%C3%A3o%20de%20Literatura.pdf>

SHAW, S.; ROSEN, R.; RUMBOLD, B. – What is integrated care? An overview of integrated care in the NHS. [Em linha]. London: Nuffield Trust, 2011. [Consult. 22 Nov 2011]. Disponível em:

http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/what_is_integrated_care_research_report_june11_0.pdf

SHORTELL, S. *et al.* - Creating organized delivery systems :the barriers and facilitators. **Hospital and Health Services Administration**. 38 : 4 (1993) 447-466.

SHORTELL, S. *et al.* - Integrating health care delivery. **Healthcare Forum Journal**. 43 : 6 (2000) 35-9.

SOBCZAK, A. - Opportunities for and constraints to integration of health services in Poland. **International Journal of Integrated Care**. 2 : 1 (2002).

STILLE, C. *et al.* - Coordinating care across diseases, settings and clinicians : a key role for the generalist in practice. **Ann Intern Med**. 142 : 8 (2005) 700-708.

STRANDBERG-LARSEN, M.; KRASNIK, A. – Measurement of integrated healthcare delivery: a systematic review of methods and future research directions. **International Journal of Integrated Care**. 9 (February 2009).

WAN, T.; LIN, B.; MA, A. - Integration mechanisms and hospital efficiency in integrated health care delivery systems. **Journal of Medical Systems**. 26 : 2 (2002) 127-143.

WEISSMAN, J.; STERN, R.; FIELDING, S.; EPSTEIN, A. – Delayed access to health care: risk factors, reasons, and consequences. **Ann Intern Med**. 114 (1991) 325-31.

WEISSMAN, J.; GASTONIS, C.; EPSTEIN, A. – Rates of avoidable hospitalization by insurance status in Massachusetts and Maryland. **J Am Med Assoc**. 268 (1992) 2388-94.

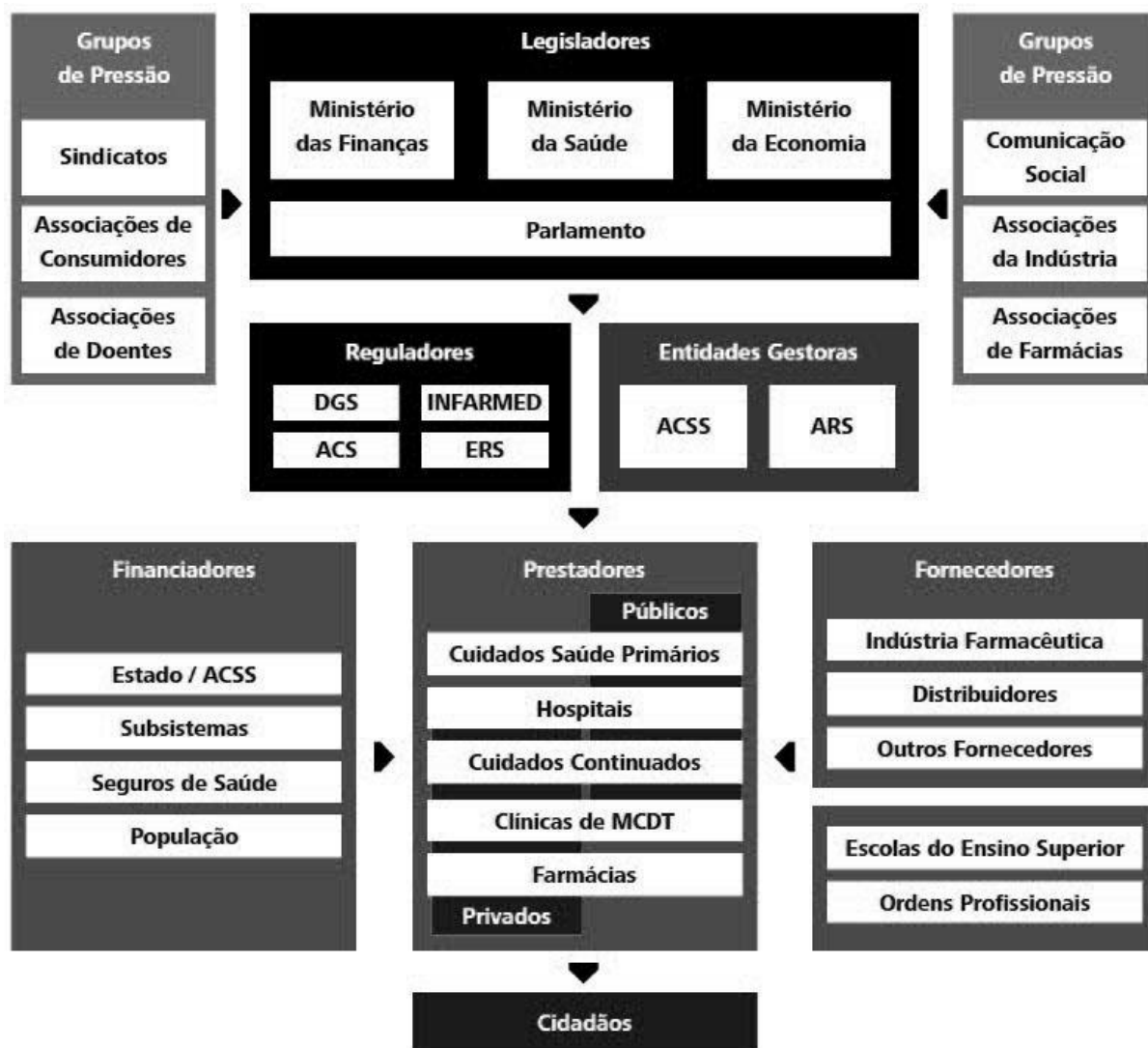
WORLD HEALTH ORGANIZATION - Integrated Care. Working Definition: Office for Integrated Health Care Services, 2001.

YOUNG, D.; BARRETT, D. - Managing clinical integration in integrated delivery systems : a framework for action. **Hospital and Health Services Administration**. 42 : 2 (1997) 255-79.

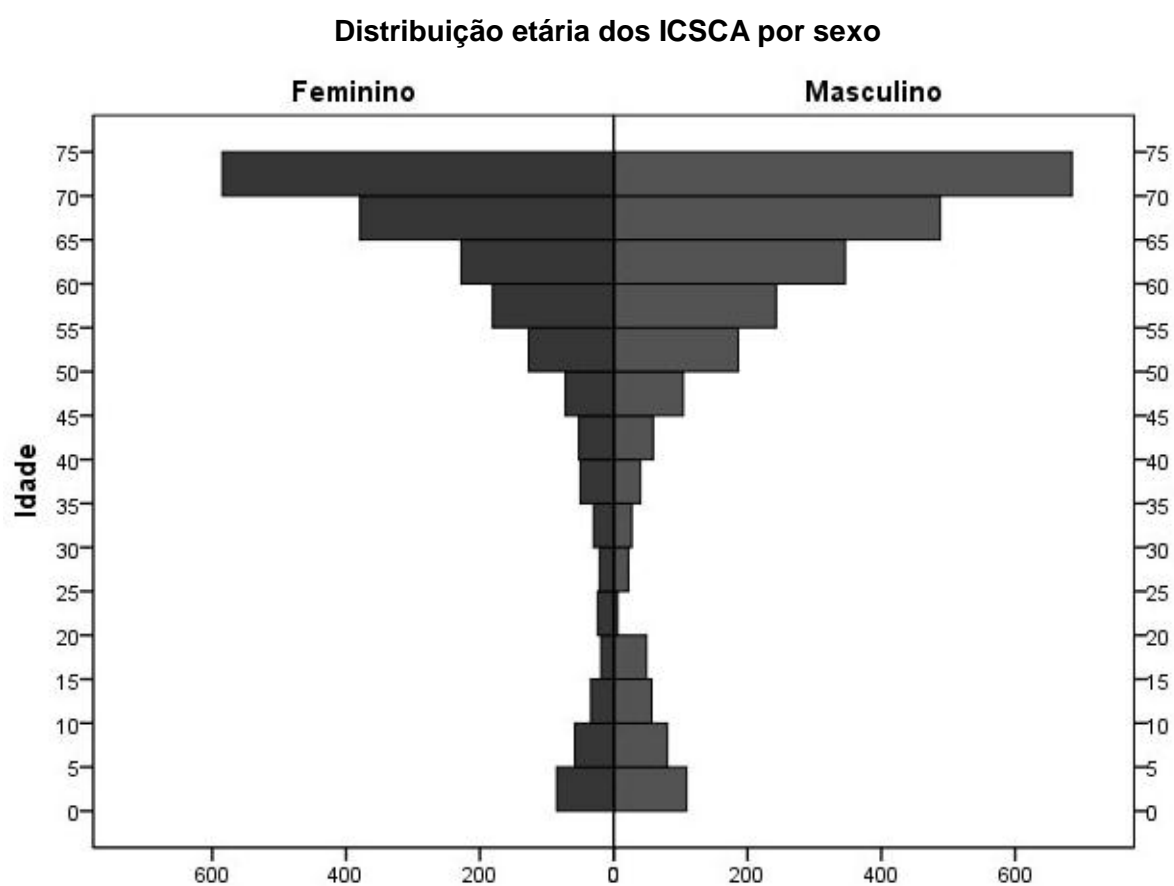
ZUCKERMAN, H.; KALUZNY, A.; RICKETTS, T. - Alliances in health care: what we know, what we think we know, and what we should know. **Health Care Management Review**. 20 : 1 (1995) 54-64.

ANEXOS

Intervenientes no Sistema Nacional de Saúde



Anexo 1: Intervenientes no SNS e seu relacionamento.
(Adaptado de Deloitte, 2011)



Anexo 2: Distribuição etária dos ICSCA por sexo.